

# **Aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen moniammatillinen kuntoutus Jyväskylän yhteistoiminta - alueen terveystieteiden keskussairaalassa**

Koivisto Susanna

Turunen Laura

Kehittämistehtävä  
Toukokuu 2011  
Erikoistumisopinnot  
Neurologinen fysioterapia  
Tampereen ammattikorkeakoulu

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**

**Tampere University of Applied Sciences**

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
 Ammatilliset erikoistumisopinnot  
 Neurologinen fysioterapia

KOIVISTO SUSANNA & TURUNEN LAURA: AVH - potilaan alkuvaiheen moniammatillinen kuntoutus Jyväskylän yhteistoiminta - alueen terveyskeskussairaalassa

Kehittämistehtävä 60 s., liitteet 13 s.

Toukokuu 2011

---

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain 14 000 henkilöä. Sairastuneista kaksi kolmasosaa on yli 65-vuotiaita ja 40 % tarvitsee kuntoutusta. AVH - potilaan kuntoutuksessa korostuvat varhainen aloitus ja moniammatillisuus.

Tämän kehittämistehtävän päätavoitteena oli kehittää AVH - potilaan alkuvaiheen moniammatillista kuntoutusta terveyskeskussairaalan osastolla. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli suunnitella osastolle yhtenäinen toimintamalli, joka turvaisi jokaiselle AVH - potilaalle laadukasta ja tasalaatuaista moniammatillista kuntoutusta heti osastolle tulon jälkeen. Toimintamallin osaksi työstettiin osastolle moniammatillisesti AVH - potilaan ensimmäisen vuorokauden muistilista, laminoidut potilashuoneen seinälle tulevat asentohoitokuvat ja nielemisen arviointilomake ensisijaisesti osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Lisäksi uuteen toimintamalliin suunniteltiin kuuluvaksi moniammatillinen alkuvaiheen tapaaminen, starttivartti, potilaan ja läheisen kanssa. Kehittämistehtävän teoriaosuus luotiin pohjustamaan osaston uutta toimintamallia ja toimimaan tietopakettina osaston moniammatilliselle henkilökunnalle.

Yksi osa kehittämistehtävää oli myös hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely, jolla haluttiin saada tietoa AVH - potilaan kuntoutuksen alkuvaiheen nykytilanteesta sekä kehittämisideoita. Tulosten perusteella suurimman osan AVH - potilaan alkuvaiheen hoitoa ja kuntoutusta koskevista asioista hoitohenkilö koki osaavansa hyvin. Hoitohenkilökunta tiedosti esimerkiksi liiallisen puheen häiritsevän levottoman potilaan keskittymistä, keuhkatietin yhteyden virtsatieinfektioon ja asentohoitojen merkityksen. Epävarmempi hoitohenkilökunta oli puolestaan oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioista johtuvien käyttäytymisessä ilmenevien oireiden tunnistamisessa, siitä miten aktivoida potilasta käyttämään halvaantuneen puolen lihastoimintaa siirtymisten yhteydessä ja miten ohjata halvaantunutta kättä päivittäisissä toiminnoissa. Avointen kysymysten vastausten perusteella hoitohenkilökunta koki, että potilasta kannustetaan osastolla omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen ja myös osaston moniammatilliseen yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä. Hoitohenkilökunta kaipasi kuitenkin lisää koulutusta AVH - potilaan kuntouttamisesta ja koki myös tarvetta yhteiselle toimintamallille AVH - potilaan tulotilanteeseen, perustietopaketille ja potilaskohtaisille ohjeille. Kyselyn tulosten pohjalta tarve tämän kaltaiselle kehittämistehtävälle on ollut. Vastauksista on lisäksi poimittavissa valmiita jatkokehittämisideoita osastolle.

---

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, akuuttivaihe, kuntoutus, moniammatillisuus, läheiset

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ	7
2.1 Komplikaatoriskit	8
2.2 Tyypillisiä kognitiivisia häiriöitä	9
2.2.1 Näköhavainnon häiriöt	12
2.2.2 Hahmotushäiriöt	13
2.2.3 Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt	15
2.2.4 Kielelliset häiriöt	16
2.2.5 Muistihäiriöt	20
2.2.6 Toiminnan ohjauksen häiriöt	21
2.2.7 Tarkkaavuuden häiriöt	23
2.2.8 Tunne-elämän muutokset	24
3 AVH - POTILAAN ALKUVAIHEEN MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUS	27
3.1 Ympäristön huomiointi	29
3.2 Asentohoito	30
3.3 Nieleminen ja ravitseminen	32
3.4 Potilaan ja läheisen kohtaaminen ja tiedottaminen	35
3.5 Kuntoutuksen tavoitteiden asettelu	37
3.6 Musiikin kuntouttava vaikutus	39
4 KUVAUSTA OSASTON TOIMINNASTA	40
4.1 Potilaat	40
4.2 Moniammatillinen henkilökunta	40
4.3 Yhteistyöpalaverit	41
4.4 AVH - potilaan tulotilanteen kuvaus	41
4.5 Kehittämistoiminta ja starttityöryhmä	42
5 KYSELY HOITOHENKILÖKUNNALLE AVH - POTILAAN KUNTOUTUKSEN ALKUVAIHEEN NYKYTILANTEESTA JA KEHITTÄMISTARPEESTA	44
5.1 Kyselylomakkeen laadinta	44
5.2 Kyselyn tulokset	45
6 UUDEN TOIMINTAMALLIN LAADINTA	50
6.1 Ensimmäisen vuorokauden muistilista	50
6.2 Asentohoitokuvat	50
6.3 Nieleminen arviointilomake	51
6.4 Starttivartti	52
7 ESITYS TOIMINTAMALLIKSI	53
8 POHDINTA	55
LÄHTEET	58

LIITTEET	61
LIITE 1 Kyselylomake hoitohenkilökunnalle	61
LIITE 2 Ensimmäisen vuorokauden muistilista	63
LIITE 3 Asentohoitokuvat	64
LIITE 4 Kuvankäyttölupa	70
LIITE 5 Nielemissen arviointilomake	71



## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain 14 000 henkilöä. Sairastuneista kaksi kolmasosaa on yli 65 - vuotiaita ja 40 % tarvitsee kuntoutusta. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2010, 327.) Tutkimusten mukaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla henkilöillä on 2,8 - kertainen riski päätyä laitoshoitoon muuhun väestöön verrattuna (Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska & Erkinjuntti 2002, 593 - 599). AVH - potilaan kuntoutuksessa korostuvat varhainen aloitus ja moniammatillisuus. Tavoitteena on aloittaa aktiivinen moniammatillinen kuntoutus heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa. Tässä keskeistä on myös komplikaatioiden ehkäisy, potilaan kognition ja mielialan huomiointi sekä motivointi. Tutkimuksissa on todettu viikon kuluessa sairastumisesta aloitetun aktiivisen kuntoutuksen olevan selvästi tehokkaampaa kuin kahden viikon tai vasta kuukauden kuluttua aloitetun. Lisäksi riittävän tiedon tarjoaminen potilaalle ja läheiselle on tärkeä osa kuntoutusta. (Käypä hoito 2011.)

Tämän kehittämistehtävän päätavoitteena on kehittää AVH - potilaan alkuvaiheen moniammatillista kuntoutusta terveyskeskussairaalan osastolla. Kehittämistehtävän tarkoituksena on suunnitella osastolle yhtenäinen toimintamalli, joka turvaisi jokaiselle AVH - potilaalle laadukasta ja tasalaatuista moniammatillista kuntoutusta heti osastolle tulon jälkeen. Toimintamallin osaksi on työstetty osastolle moniammatillisesti AVH - potilaan ensimmäisen vuorokauden muistilista, laminoidut potilashuoneen seinälle tulevat asentohoitokuvat ja nielemisen arviointilomake ensisijaisesti osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Lisäksi uuteen toimintamalliin kuuluu moniammatillinen alkuvaiheen tapaaminen, starttivartti, potilaan ja läheisen kanssa. Osaston uuteen toimintamalliin keskitytään kehittämistehtävän luvuissa 4, 5, 6 ja 7. Kehittämistehtävän teoriaosuuden luvuissa 2 ja 3 on tarkoitus pohjustaa osaston uutta toimintamallia ja toimia tietopakettina osaston moniammatilliselle henkilökunnalle. Tätä tietopakettia voidaan hyödyntää asioiden kertaamisessa, potilaan ohjaamisessa, uuden henkilöstön perehdyttämisessä ja läheisten kohtaamisessa. Teoriaosuuden ja uuden toimintamallin työstämiseen sekä osaston jatkokehittämistarpeiden kartoittamiseen on pyritty saamaan lisätietoa ja tukea osaston hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä sekä moniammatillisella starttityöryhmätyöskentelyllä.

Työelämän yhteistyökumppanina ja toimeksiantajana tässä kehittämistehtävässä toimii Jyväskylän yhteistoiminta - alueen Kyllön terveystieteiden osasto 6. Kehittämistehtävän tarve on lähtenyt liikkeelle arjessa koetuista haasteista AVH - potilaiden moniammatillisen kuntoutuksen alkuun saattamisessa. Haasteina ovat olleet työn tasalaatuisuuden puuttuminen ja ajoittainen kuntouttavan hoitotyön viivästyminen, jotka voivat vaikuttaa myös komplikaatioriskien. Toimeksiantaja on toivonut uutta toimintamallia AVH - potilaiden moniammatillisen kuntoutuksen alkuun saattamiseksi osastolla 6. Lisäksi toiveena on ollut painottaa kehittämistehtävässä AVH - potilaan kognition ja mielialan huomioita, jotta nämä huomioitaisiin myös osastolla jo varhaisessa vaiheessa.

## 2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ

Lähtiessämme tekemään tätä kehittämistyötä, meillä oli tuntuma siitä, että haastavinta osaston henkilökunnalle uuden AVH - potilaan alkuvaiheessa oli yhteisen toimintamallin puuttumisen lisäksi potilaan kognitiivisten häiriöiden havaitseminen ja huomioinen päivittäisissä toiminnoissa. Välillä kognitiiviset häiriöt ovat olleet esteenä esimerkiksi muutoin liikkuvan potilaan turvalliselle kotiutumiselle ja aiheuttaneet tästä johtuen osaston yhteistyöpalavereissa kiivastakin keskustelua. Halusimme painottaa tässä luvussa juuri kognitiivisia häiriöitä ja pitää mielestämme oleellisemman AVH - potilaan alkutilanteeseen liittyvän teoriatiedon muutoin napakkana. Kognitiivisiin häiriöihin keskittyminen oli myös työelämän yhteistyökumppanimme toive. Myöhemmin tässä kehittämistehtävässä esiteltävän hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn tulokset tukevat myös osaltaan tätä painotusta.

Aivoverenkiertohäiriöitä (AVH) ovat paikalliset aivokudoksen verettömyydestä johtuvat häiriöt eli *iskemiat* ja paikalliset aivovaltimon verenvuodot eli *hemorragiat*. Iskemian ollessa lyhyt ohimenevä kohtaus puhutaan *TIA - kohtauksesta* (transient ischemic attack). TIA - kohtaus voi kuitenkin ennakoida tulevaa aivoinfarktia. *Aivoinfarktilla* tarkoitetaan iskemian aiheuttamaa paikallista aivokudostuhoa. Aivoinfarktin voivat aiheuttaa aivoihin verta tuovien kaula - tai nikamavaltimoiden tai varsinaisten aivoverisuonten ahtautuminen ja vähittäinen tukkeutuminen tai aivoverisuonen tukkeutuminen valtimon seinämästä tai sydäimestä peräisin olevasta verihyytymästä, jolloin puhutaan *embolisatiosta*. 80 % aivoverenkiertohäiriöistä on aivoinfarkteja ja ne ovat yleisempiä yli 45 - vuotiailla. Valtimovuodot ja valtimorepeämät jaetaan tapahtumapaikan mukaan aivojen sisällä tapahtuviin *aivoverenvuotoihin* (intraserebraalinen hemorragia eli ICH) ja aivoja ympäröivän lukinkalvon alla tapahtuviin *subarahnoidaalivuotoihin* (SAV). Aivoverenkiertohäiriöistä 10 % on aivoverenvuotoja ja 10 % lukinkalvon alaisia verenvuotoja. Aivoverenvuodot ovat aivoinfarkteja yleisempiä alle 45 - vuotiailla. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001, 280.) Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tapahtuu äkillisesti, mutta kyseessä on yleensä pitkäaikainen sairaus, joka vaatii pysyvää hoitoa (Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio 2009, 8).

AVH - potilaiden hoidossa pyritään rajaamaan aivokudosvaurio mahdollisimman pieneksi. Potilaiden hoito on kehittynyt, mutta usein sairastumisesta seuraa aivovaurio ja tätä kautta haittaa aiheuttava vajaatoiminto, jota pyritään kuntouttamaan. (Kaste ym. 2010, 327.) Aivoverenkiertohäiriöissä saman verisuonen tukos voi aiheuttaa jossain määrin erilaisia seurauksia yksilöiden välillä, koska suonitusalueiden laajuuden välillä on yksilöllistä vaihtelua. Aivovaltimon tukkeutuessa myös tehokkaalla naapurivaltimoiden verenkierrolla voi olla tärkeää kompensoivaa vaikutusta. (Kuikka ym. 2001, 282.) Kolmella neljäsosalla AVH - potilaista esiintyy akuuttivaiheessa hemipareesia eli toispuolihalvausta, joka on yleensä vaikeampi yläraajassa kuin alaraajassa. Potilailla esiintyy usein myös kognitiivisia häiriöitä, kuten näköhavainnon, hahmottamisen, tahdonalaisten liikkeiden, muistin, toiminnan ohjauksen, tarkkaavuuden ja tunne - elämän häiriöitä sekä kielellisiä häiriöitä. (Kaste ym. 2010, 327.)

Ajallisesti kognitiiviset ja muut häiriöt ovat vaikeimmillaan aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheessa, koska tällöin kudostuho ja sen ympärillä oleva väliaikaisesti toimintakyvytön aivojen osa ovat laajimmillaan (Kuikka ym. 2001, 282). Huonompaan kuntoutusnusteeseen viittaavia neurologisia oireita AVH - potilaalla ovat raajahalvauksen vaikeasteisuus, halvausoireiden painottuminen alaraajaan, alentuneen tajunnantason pitkittyminen sairastumisen alkuvaiheessa sekä inkontinenssi. Vastaavia neuropsykologisia oireita ovat muistihäiriöt, vaikeat afasiat, neglect eli vastakkaisen havaintokentän ja oman kehon huomiotta jättäminen sekä tilasuhteiden hallinnan vaikeudet. Potilaan kuntoutumista voivat vaikeuttaa lisäksi tunnereaktioiden muuttuminen, sairaudentunnon vähäisyys, mielialan korostunut masentuneisuus ja ahdistuneisuus. (Kuikka ym. 2001, 291.) AVH - potilaiden elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ovat myös korkea ikä, sosiaalisen tuen puute, kyvyttömyys palata työhön tai työttömyys (Salo & Ylikoski 2006, 8).

## 2.1 Komplikaatoriskit

Tavallisimpia estettävissä olevia ja hoidettavia komplikaatioita AVH - potilailla ovat syvä laskimotukos ja keuhkoembolia, infarktialueen turvotus ja kohonnut kallon sisäinen paine, sydänkomplikaatiot, nestetasapainon häiriöt, levottomuus ja akuutti sekaavuustila, makuuhaavat, tulehdukset sekä keuhkokuume. (Jäkälä 2009, 5.) Keuhkoembo-

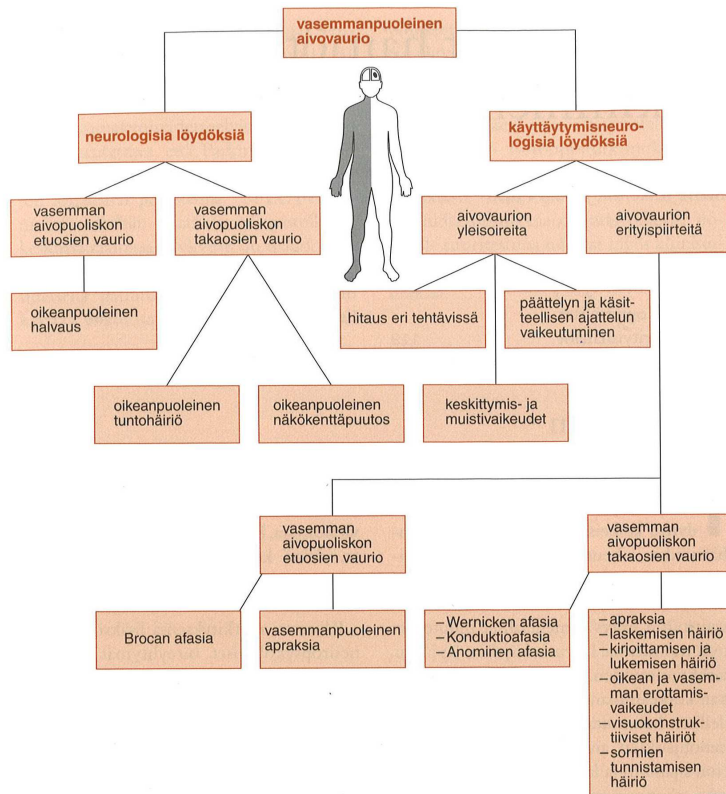
lia on yleisimpiä AVH - potilaiden välittömistä kuolinsyistä. Keuhkoembolian ja syvän laskimotukoksen riskiä on mahdollista vähentää varhaisella mobilisaatiolla sekä antiemboliasukilla. (Kaste ym. 2010, 311.) Veren glukoosipitoisuuden suurentuminen puolestaan altistaa infarktin laajentumiselle ja aivoturvotukselle, lisää infarktin vuoto-riskiä ja on yksi syy akuuttivaiheen kuolleisuudelle. Akuuttivaiheessa joka viidennellä AVH -potilaalla todetaan veren glukoosipitoisuuden suurentumista. (Kaste ym. 2010, 311.) Suurimmalla osalla AVH - potilaista esiintyy akuuttivaiheessa nielemisvaikeuksia. Tästä johtuen potilaalle ei tulisi antaa mitään suun kautta ennen kuin nieleminen on asianmukaisesti testattu. Neljännes AVH - potilaiden akuuttivaiheen kuolemista aiheutuu aspiraatiokeuhkokuumeesta. (Kaste ym. 2010, 310 - 311.) Kehon kohonnut lämpötila akuuttivaiheessa voi lisätä aivokudosvauriota ja huonontaa tätä kautta AVH - potilaan toipumisennustetta (Käypä hoito 2011). Erityisesti laajassa aivoinfarktissa jo yhdellä asteella voi olla ratkaiseva merkitys kallonsisäisen paineen kannalta. Suosituksena on, että jo 37,5 celsiuksen ylittävää kuumeilua hoidetaan mekaanisella viilentämisellä esimerkiksi tuulettimella ja peitteitä vähentämällä tai lääkityksellä. (Kaste ym. 2010, 310 - 311.)

## 2.2 Tyypillisiä kognitiivisia häiriöitä

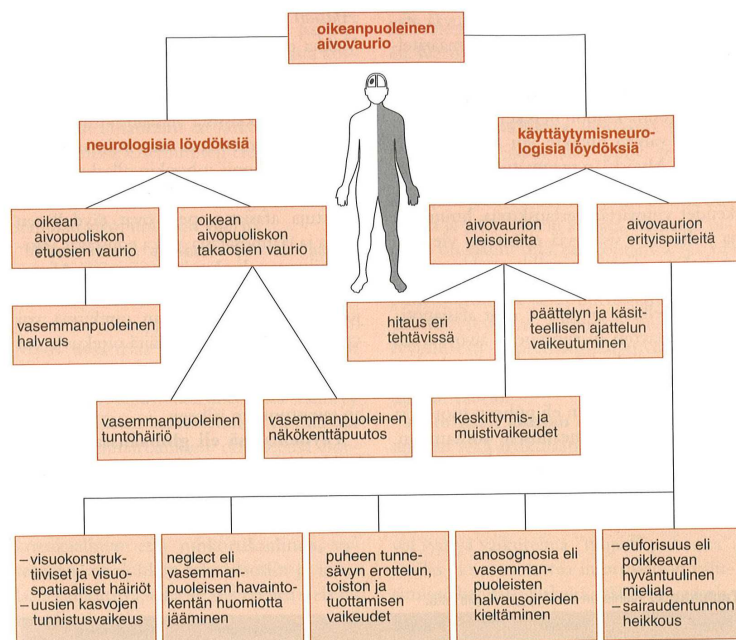
Kognitiiviset häiriöt ovat tiedon käsittelyyn liittyviä muutoksia ja tavallisimpia näistä ovat tarkkaavaisuuden, keskittymisen, muistin ja toiminnanohjauksen vaikeudet sekä kielelliset ja havaintotoiminnan häiriöt. Potilaalla voi olla myös vaikeutta tunnistaa oman toimintakykynsä muutoksia, jolloin puhutaan oiretiedostamattomuudesta. Mitä paremmin potilas tunnistaa toimintakykynsä muutoksia, sitä paremmin hän pystyy ottamaan käyttöönsä ja hyödyntämään erilaisia kompensatiokeinoja, joiden avulla hänen on mahdollista selviytyä sairauden aiheuttamista toimintakyvyn muutoksista. Potilaan selviytymiseen voivat vaikuttaa myös korostunut ahdistuneisuus ja masentuneisuus, jota on todettu olevan noin 23 - 41 %:lla aivohalvauspotilaista muutaman ensimmäisen sairastumisen jälkeisen kuukauden aikana. Masentuneisuus voi puolestaan heikentää potilaan muistitoimintoja, ei - kielellistä ongelmanratkaisua, tarkkaavaisuutta ja huomiokykyä. (Salo & Ylikoski 2006, 9.)

Kognitiiviset häiriöt esiintyvät yleensä yksittäisten oireiden sijaan erilaisina oireyhtyminä vaurion sijainnin ja laadun mukaan (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen, Jehkonen & Vilkki 2010, 117). Nämä häiriöt ilmenevät sellaisissa toiminnoissa, jotka ovat sujuneet ennen sairastumista automaattisesti ilman ponnisteluja ja voivat siksi olla hyvin hämmäntäviä (Jehkonen, Hänninen, Norvasuo-Heilä & Ylikoski 2009, 3). Kognitiivisten toimintojen palautumiseen on mahdollista vaikuttaa tehokkaalla ja yksilöllisesti suunnatulla kuntoutuksella (Hokkanen ym. 2010, 119). Erityisesti silloin kun kognitiiviset häiriöt ovat laajoja, potilaat hyötyvät ulkoisista muistituista, kuten ympäristön ja päiväohjelman strukturoinnista (Pohjasvaara ym. 2002, 593 - 599). Ympäristöä, päiväohjelmaa ja kalenteria voi myös kuvittaa potilaille, joilla on hahmotushäiriöitä ja joiden ympäristössä liikkuminen ja paikkojen löytäminen on tästä johtuen vaikeutunut (Rautakoski & Tuomiranta 2009, 10).

Seuraavalla sivulla olevat kuvat (kuva 1 ja kuva 2) auttavat hahmottamaan, mitkä kognitiivisista häiriöistä aiheutuvat oikean ja mitkä vasemman puolen aivovaurioista.



KUVA 1. Vasemman puoleisiin aivovaurioihin liittyvät tärkeimmät neurologiset oireet (Hokkanen 2010, 118)

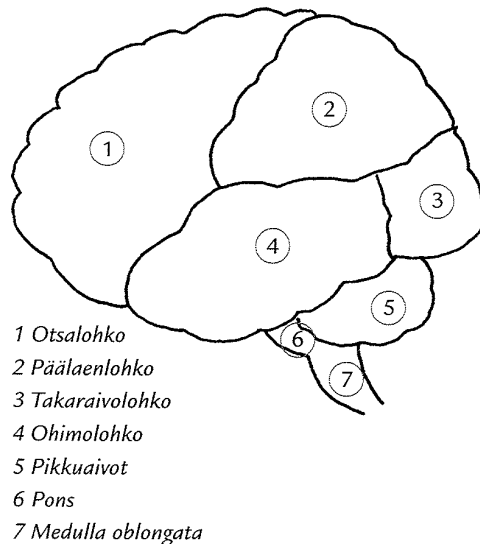


KUVA 2. Oikean puoleisiin aivovaurioihin liittyvät tärkeimmät neurologiset oireet

(Hokkanen 2010, 119)

Alla olevan kuvan (kuva 3) tarkoituksena on puolestaan helpottaa kognitiivisten häiriöitten vaurioalueiden hahmottamista aivojen eri lohkoissa.

*Aivojen osat*



KUVA 3. Aivojen osat (Forsbom 2001, 31)

Seuraavissa alaluvuissa esittelemme tyypillisimpiä kognitiivisia häiriöitä. Kursivoiduilla tapausesimerkeillä halusimme selventää omakohtaisten kokemustemme kautta, kuinka AVH - potilaiden kognitiiviset häiriöt näkyvät arjen toiminnoissa.

### 2.2.1 Näköhavainnon häiriöt

Visuaalisen havaitsemisen ja tunnistamisen häiriöistä käytetään nimitystä *agnosiat* (Hokkanen ym. 2010, 122). Tyypillisiä muutoksia näön perustoiminnoissa AVH - potilailla ovat näkökenttien toisen puolen osittainen tai täydellinen puutos ja kaksoiskuvat. Muutokset voivat aiheutua näköradan tai takaraivolohkojen taka- ja sisäosien vauriosta. *Kortikaalisesta sokeudesta* puhutaan silloin, kun molempien aivopuoliskojen takaraivolohkojen sisäpinnat ovat vaurioituneet. Tällöin vaurio estää tietoisesta havaitsemisen, mutta potilas voi reagoida näköärsykkeisiin ja tavoitella ympäristössään olevia kohteita. (Kuikka ym. 2001, 64.)



*Potilaalla olleet kaksoiskuvat vaikeuttivat hänen tarttumistaan esineisiin ja hankaloittivat esimerkiksi oven kahvan löytymistä.*

Visuaalisessa agnosiassa potilas näkee ja osaa kuvailla ulkonäöltä näkemiään asioita, muttei tunnista niitä. Prosopagnosiassa potilaalla on vaikeutta tunnistaa ja erotella kasvoja. Potilaalla voi olla häiriöitä myös värien erottamisessa (väriagnosia), kirjainten ja numeroitten (agnostinen aleksia) tai kuulemiensa äänten (auditiivinen agnosia) tunnistamisessa. (Hokkanen ym. 2010, 122 - 123.) Päivittäisissä toiminnoissa esimerkiksi kasvojen tunnistamisen ja erottamisen vaikeudet voivat aiheuttaa kommunikoinnin vaikeutumista, eristäytymistä ja omatoimisuuden laskua. Värien tunnistamisen vaikeuden voivat puolestaan hankaloittaa esimerkiksi rahojen käsittelemistä ja päivittäisten ruokaostosten tekemistä. (Grieve & Gnanasekaran 2009, 82 - 84.)

## 2.2.2 Hahmotushäiriöt

*Spatiaalisen* hahmotuksen häiriöillä tarkoitetaan tilan, etäisyyksien ja suuntien mieltämisen häiriöitä. Yleisimmin spatiaalisen hahmotuksen häiriöitä esiintyy ei - dominantin oikean aivopuoliskon päälakilohkon vaurioissa. Nämä häiriöt voivat ilmetä potilaalla esimerkiksi katseen suuntaamisen tai tarttumisen vaikeutena, hankaluutena arvioida äänen tulosuuntaa, vaikeutena erotella oikea ja vasen tai esimerkiksi ilmansuuntia, hankaluutena hallita tuttuja reittejä tai lukea karttaa tai kykenemättömyytenä hahmottaa kellon viisareiden asentoa. Oman kehon hahmottamiseen liittyvässä häiriössä potilas ei osaa paikantaa kosketettua kohtaa kehossaan tai hän ei tiedosta raajojensa asentoa. Spatiaalisen hahmotuksen häiriö voi kohdistua myös potilaan ajantajuun, jolloin potilas voi arvioida väärin tilanteiden kestoa, jäljellä olevaa tai jo kulunutta aikaa tai hänellä saattaa olla vaikeuksia suunnitella tulevien päivien ohjelmaa. (Hokkanen 2010, 123 - 124.)

*Monen yrityksen jälkeenkin potilas oli pukeutunut paidan väärinpäin tai sullonut molemmat kädet samaan hihaan.*

*Vaikka potilas oli kulkenut jo useita kertoja osastolta toimintaterapiatilaan, tarvitsi hän edelleen saattajan tälle matkalle löytääkseen perille.*

*Konstruktiivisissa* häiriöissä potilaan kyky koota osista kokonaisuuksia on häiriintynyt. Kokonaisuuksilla tarkoitetaan asioita, joissa jokaisella osalla on paikkansa, kokonsa ja asentonsa. Konstruktiiivinen häiriö voi tulla esille esimerkiksi palapelin kokoamisessa, kahvin keittämisessä kahvinkeitinillä tai vaikkapa paitojen viikkaamisessa. Potilas ei aina itse huomaa tai osaa kertoa näistä vaikeuksista, vaan mainitsee yleisemmin ”hommien sujumattomuudesta”. Konstruktiiivisia häiriöitä esiintyy yleensä ei - dominantin oikean aivopuoliskon päälakilohkon vaurioissa, molempien aivopuoliskojen takaosien vaurioissa sekä oikealle painottuneessa otsalohkovauriossa. Konstruktiiivisen häiriöt ovatkin neurologisilla potilailla erittäin yleisiä. (Hokkanen ym. 2010, 124.)

*Neglect* - oireyhtymällä tarkoitetaan huomiotta jättämistä. Huomiotta jättäminen ei johdu tällöin liikehäiriöstä tai aistijärjestelmien puutoksista. Useimmiten neglect aiheutuu päälakilohkon alaosan vauriosta. (Hokkanen ym. 2010, 124 - 125.) Neglect on yleisempi ja vaikea-asteisempi oikean aivopuoliskon vaurioissa, koska oikea aivopuolisko on keskeisempi ympäristöön suuntautuvassa tarkkaavaisuudessa ja muussa tahdonalaisessa tarkkaavaisuudessa. Neglect - potilaan havaintokenttä ja tarkkaavuus on tyypillisesti suuntautunut samalle oikealle puolelle, jossa aivovaurio sijaitsee. Tällöin potilas ei kohdenna tarkkaavaisuuttaan vasemmalle puolelle eikä reagoi vasemmalta tuleviin näköärsykkeisiin, kuuloärsykkeisiin tai kosketukseen. Neglect - häiriöt ovat vahvimmillaan ensimmäisinä viikkoina sairastumisen jälkeen ja niiden vaikeusaste vaihtelee myös potilaan vireystilan mukaan. Neglect - potilaalla on yleensä vasemmalla puolella myös muita toiminnan vajavaisuuksia, kuten näkökenttäpuutos, tuntopuutoksia tai raajahalvaus. (Kuikka ym. 2001, 86 - 87.) Potilaalla voi kuitenkin olla vaikea -asteinen neglect, vaikka hänen motoriikkansa olisi täysin kunnossa (Hokkanen ym. 2010, 125).

Neglect - potilaan onnettomuusriskiä lisää se, ettei potilas usein itse tiedosta huomiotta jättämistään (Kuikka ym. 2001, 88). Esimerkiksi pyörätuolissa istuvan neglect-potilaan halvaantunut ala- ja yläraaja voivat jäädä huonoon asentoon potilaan tätä huomaamatta tai pystymättä korjaamaan asentoa (Jehkonen ym. 2009, 4). Lievänäkin neglect voi lisätä riskejä huomattavasti esimerkiksi liikenteessä (Hokkanen ym. 2010, 126). Neglectin tunnistamiseksi kannattaa havainnoida, huomioiko potilas myös kehonsa vasemman puolen pesujen, pukeutumisen, kampaamisen, parranajon tai meikkaamisen yhteydessä, törmäileekö potilas vasemmalla puolellaan oleviin esineisiin tai ihmisiin ja löytääkö hän esineet ja ihmiset myös vasemmalta puoleltaan, onko potilaan lukeminen vaikeutunut,

koska potilas ei hahmota rivien tai sanojen alkuja, painottuuko potilaan kävely oikealle, satuttaako potilas helposti vasenta ylä- ja alaraajaansa, jättääkö potilas lautasen vasemman puolen syömättä, miten potilas hahmottaa kellotaulun tai painottuuko potilaan piirtäminen ja kirjoittaminen oikealle. Neglect voi ilmetä myös mielikuvien tasolla, jolloin potilas voi esimerkiksi kuvailla asuntonsa virheellisesti. (Kuikka ym. 2001, 89 – 90.)

*Pyydettyessä potilasta piirtämään asuntonsa pohjapiirustuksen hän unohti kokonaan piirtää vasemmalla puolella olleen keittiön.*

*Osastolla liikkeessään potilas olisi ilman ohjausta kääntynyt aina oikealle ja unohti usein vasemman kätensä kävelytelineen käsitueltä.*

### 2.2.3 Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt

Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt ovat yleisiä neurologisten sairauksia yhteydessä. Sairaudet voivat aiheuttaa muutoksia automaattisiin refleksiin ja tahdonalaisiin liikkeisiin sekä vapinaa, ataksiaa ja halvauksia. *Ataksialla* tarkoitetaan liikkeiden haparoivuutta lihasten huonosta koordinaatiosta johtuen. *Dyskinesialla* taas tarkoitetaan liikkeiden kulun vaikeutta, mikä ilmenee liikkeiden hitautena, vähäisyytenä tai erilaisina tahattomina pakkoliikkeinä. Halvaus voi olla seurausta motoristen hermoratojen tai hermojen ja lihaksen välisen liitoksen vauriosta ja sillä tarkoitetaan lihaksen tai lihasryhmän heikentymistä. Lihassoiman heikentymisen lisäksi halvausoireisto voi aiheuttaa lihasjänteiden muutoksia ja jänneheijasteiden vilkastumista. Lievät halvausoireet voivat ilmetä toisen käden voimien heikentymisenä, käden hitautena tai sormien kömpelyytenä. (Kuikka ym. 2001, 97 – 98.)

*Apraksioista* puhuttaessa tarkoitetaan opittujen tahdonalaisten liiketaitojen häiriötä (Kuikka ym. 2001, 100). Apraksiat ovat yleisempiä dominantin vasemman aivopuoliskon päälakilohkon vaurioissa (Hokkanen ym. 2010, 127). Potilaalla, jolla on apraksiaa, ilmenee kyvyttömyyttä suorittaa taitoja vaativia käsiin liikkeitä esimerkiksi ruuan laiton yhteydessä vaikka motorinen ja sensorinen järjestelmä ovat kunnossa. Apraksia ilmenee usein molemmissa käsissä. Potilaalla voi olla vaikeutta suorittaa liikkeitä kielellisen ohjeen, mallin, kuvan tai esineen perusteella, käsitellä työvälineitä tai oppia uusia liike-

taitoja. (Kuikka ym. 2001, 100.) Yleensä liikesuoritus ei onnistu pyydettyäessä, mutta konkreettisissa tilanteissa ja spontaanisti sama toiminto voi onnistua paremmin. Vaikeimmissa apraksioissa liikkeet suoritetaan väärässä järjestyksessä, käytetään vääriä esineitä, pidetään esineitä kädessä väärässä asennossa tai esimerkiksi puetaan vaatteita päälle väärässä järjestyksessä. (Hokkanen ym. 2010, 126 - 127.) Potilas saattaa esimerkiksi lähteä kirjoittamaan pidellen kynää kädessään väärinpäin, suihkussa hanojen käyttö voi tuottaa potilaalle ongelmia tai hän voi päätyä suihkuttamaan hiustensa sijasta seinää. Kotioloissa on tällöin syytä varmistaa, ettei potilas vahingoita itseään sähkölaitteita, koneita tai teräaseita käyttäessään. (Jehkonen ym. 2009, 7 - 8.)

*Pyydettyäessä potilasta kampaamaan hiuksiaan hän vei kampaa suuhun harjatakseen hampaitaan.*

#### 2.2.4 Kielelliset häiriöt

Aivojen vaurioitumisesta johtuvissa kielellisten toimintojen täydellisissä tai osittaisissa häiriöissä puhutaan *afasiasta*. Tavallisin afasian aiheuttava sairaus on aivoinfarkti ja oikeakätisillä ihmisillä afasia aiheutuu dominantin vasemman aivopuoliskon vaurioitumisesta ja vain harvoin oikean aivopuoliskon vauriosta, koska vasenkätisistäkin yli puolella vasen aivopuolisko hallitsee kielellisiä toimintoja. (Kuikka ym. 2001, 112 - 113.) Afasiaa esiintyy kolmasosalla AVH - potilaista (Kaste ym. 2010, 327; Rautakoski & Tuomiranta 2009, 3). Kielellisiä toimintoja ovat puhumisen ja puheen ymmärtäminen, lukeminen ja kirjoittaminen. Täydellisessä afasiassa sekä puheen ymmärtäminen että puheen tuottaminen ovat vakavasti häiriintyneet (Kuikka ym. 2001, 112 - 113). Afasia voi vaikuttaa myös esimerkiksi kellonaikojen tunnistamiseen, kartan lukemiseen, laskutaitoon, raha - asioiden käsittelyyn, aikakäsitteisiin ja kielelliseen muistamiseen (Kuikka ym. 2001, 139). Potilaan oheisviestintä eli äänensävyjen, eleiden ja ilmeiden ymmärtäminen säilyy afasiassa yleensä normaalina (Kuikka ym. 2001, 112 - 113). Pelkkä afasia ei alenna AVH - potilaan älykkyyttä (Rautakoski & Tuomiranta 2009, 4).

Jos potilas ymmärtää puhetta paremmin kuin pystyy tuottamaan, puhutaan *ekspressiivisistä afasioista*. Ekspressiivisissä afasioissa potilaan sanojen tuotto on selvästi vähentynyt (yleensä alle 50 sanaa minuutissa), tuotetut lauseet ovat lyhyitä ja oma - aloitteinen

kertova puhe rajoittunutta, työlästä ja hidasta. Yleensä toistaminen onnistuu hyvin muuhun puheenilmaisuun verrattuna. Potilaan juuttuessa (perseveraatio) keskustelun yhteydessä yhteen sanaan on suositeltavaa keskeyttää tilanne, vaihtaa potilaan huomion kohdetta ja palata asiaan uudestaan vasta hetken kuluttua. (Kuikka ym. 2001, 116 – 117; Kuusinen 2011.) Tietoisella yrittämisellä vain pahennetaan juuttumista (Kuikka ym. 2001, 120). Tunnetuin puheen tuottamisen häiriö on *motorinen afasia* eli Brocan afasia (Kuikka ym. 2001, 119). Motorisessa afasiassa potilaan kielen tuottaminen on häiriintynyt, puhe on sujumatonta, siinä on paljon taukoja, se on työlästä ja kieliopillisesti heikkoa. Myös potilaan äänen korkeuden, painon ja rytmin vaihtelu voi olla häiriintynyt. Potilas voi ymmärtää yksittäisiä sanoja tai tavallista keskustelua, mutta kokea vaativamman kielellisen kommunikaation haastavaksi. (Hokkanen ym. 2010, 121.) Potilaan on vaikeaa löytää oikeita sanoja ja muodostaa niitä (Kuusinen 2011).

Jos potilaalla puolestaan on vaikeuksia yksittäisten sanojen tai lauseiden ymmärtämisessä, puhutaan *reseptiivisestä afasiasta*. Tällöin potilaan ääntäminen on sujuvaa, lauseet normaalipituisia ja sanojen tuotto jopa lisääntynyt (100 - 200 sanaa minuutissa), mutta potilas ei ymmärrä kunnolla, mitä hänelle sanotaan tai lievemmissä tapauksissa potilaalla voi olla vaikeuksia käsittää ohjeita tarkasti, keskustella ryhmässä tai seurata radio - ja TV - ohjelmia. Potilaan puheen sävelkulku ja rytmi kuulostavat normaaleita, mutta puheessa voi olla sanojen äännerakenteiden vääristymistä (omena = omela), sanojen korvautumista toisilla samantapaisilla sanoilla (sairaala = hotelli) tai uudissanoilla (kynä = neneke). Reseptiivisestä afasiasta kärsivän potilaan kanssa on hyvä muistaa puhua rauhallisesti ja varmistaa, että potilaan on mahdollista nähdä puhujan eleet ja ilmeet. Ilmausten tulee olla selkeitä ja niitä pystyy tukemaan tilannevihjeiden avulla, piirroksin, kirjoittamalla tai näyttelemällä. (Kuikka ym. 2001, 127.)

Esimerkki reseptiivisestä afasiasta on *Sensorinen afasia* eli Wernicken afasia. Sensorisessa afasiassa puheen ymmärtäminen on heikentynyt. Potilaan kyky erottaa ja tunnistaa puheen äänteitä ja tätä kautta yksittäisiä sanoja on häiriintynyt. Puhujaa ymmärtääkseen potilaan on keskityttävä kuuntelemaan ja seurattava tarkasti puhujan ilmeitä ja eleitä. Lievemmissä tapauksissa potilaalla on vaikeuksia tunnistaa ja erottaa samalta kuulostavia äänteitä, vaikeammissa tapauksissa potilaalla on ongelmia täysin erilaistenkin äänteiden erottelussa ja tunnistamisessa. Vaikeammissa tapauksissa potilaan intonaatio ja ääntäminen ovat sujuvaa ja puhe on jopa vuolasta, mutta se on vääristynyt merkitykset-

tömäksi *jargoniksi* potilaan tätä tiedostamatta. Potilas ei myöskään ymmärrä, mitä hänelle sanotaan. Puheen ymmärtämisen palautumista tukee puheen kytkeminen meneillään olevaan tilanteeseen ja toimintaan ja vähitellen lyhyiden ja selkeiden ohjeiden ja arviointien mukaan tuominen. Potilaalle on myös annettava palautetta vääristyneestä puheesta esimerkiksi "Nyt en ymmärrä, mitä sanoitte". (Kuikka ym. 2001, 128 – 129.)

Afasia on kuitenkin usein sekamuotoista ja puheterapeutti ja neuropsykologi luokittelevat afasiatyyppin sen mukaan, mikä afasian oire potilaalla on voimakkain. Afasian vaikeusaste voidaan luokitella afasiatestin mukaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. *Globaaliafasialla* tarkoitetaan kaikkein vaikeinta afasiaa. Tällöin puheen ymmärtäminen ja tuottaminen on erittäin heikkoa ja potilas on usein täysin puhumaton. Afasian vaikeusaste muuttuu usein kuntoutumisen myötä ja samalla myös afasiatyyppi voi vaihtua. Esimerkiksi sairauden alkuvaiheen jälkeen puheen tuottamisen ongelmat voivat tulla selkeämmin esille puheen ymmärtämisen vaikeuksien lieventyessä. Kiro sanat aktivoituvat yleensä afasian yhteydessä, vaikkei potilas olisi niitä aikaisemmin käyttänyt ja tämä voi hämmentää potilasta ja hänen läheisiään. Kiro sanojen aktivoitumista on vaikeaa estää tahdonalaisesti. (Rautakoski & Tuomiranta 2009, 5 - 8; Kuusinen 2011.)

Seuraavalla sivulla oleviin taulukoihin (taulukko 1 ja taulukko2) on kerätty vinkkejä, joiden avulla voi helpottaa kommunikointia afaatikon kanssa.

TAULUKKO 1. Keskustelua helpottavia vinkkejä (Rautakoski & Tuomiranta 2009, 18)

Näin helpotat keskustelua:

rauhointa tilanne, poista tausta hälyäänet	keskustelkaa kasvokkain, se helpottaa ymmärtämistä
kuuntele ja rohkaise	odota, anna hänelle aikaa puhua
muista, että keskustele aikuisen kanssa	ohjaa häntä käyttämään muita ilmaisukeinoja, näyttämään kuvasta, piirtämään, näyttämään eleellä jne.
kohdista asiiasi suoraan keskustelukumppanillesi	varmista kysymällä, että ymmärsit oikein

TAULUKKO 2. Keskustelua helpottavia vinkkejä (Rautakoski & Tuomiranta 2009, 18)

Kiinnitä huomiota omaan puheilmaisuusi:

puhu itse rauhallisesti, lyhyesti ja selkeästi	seuraa kuulijan reaktiota ja toimi sen mukaan, sanoa uudestaan tai etene asiassa
toista tarvittaessa, korosta ydinsanoja	kun punainen lanka selviää, voidaan jatkaa eteenpäin
muista, että äänen voimistaminen ei auta	kahden kesken sujuu paremmin kuin ryhmässä
näytä, osoita tai piirrä tarvittaessa mitä tarkoitat, näin varmistat että sinua ymmärretään	lepotauko on välillä paikallaan
puhu vain yhdestä asiasta kerrallaan, jottei kuulija huku tietotulvaan	jos KYLLÄ, EI ja EN TIEDÄ – vastaukset ovat luotettavia, kysy kysymyksiä joihin voi vastata näillä sanoilla tai näitä kuvavilla eleillä
käytä tuttuja sanoja ja etene asiassa loogisesti	päiväohjelma jäsentyy, kun käytetään kuvilla tehtyä viikko-ohjelmaa tai piirretään tapahtumat kalenteriin

### 2.2.5 Muistihäiriöt

Muistihäiriöt ovat yleisimpiä neurologisten potilaiden kertomista kognitiivisista häiriöistä (Kuikka ym. 2001, 141). Aivojen sisäosien, erityisesti hippokampuksen vauriot voivat aiheuttaa laajoja muistihäiriöitä (Kaste ym. 2010, 327). Muistaminen erotellaan mieleen painamiseen, mielessä säilyttämiseen ja mieleen palauttamiseen. Vauriokohdan sijainnista riippuen muistivaikeus voi kohdentua joko kielelliseen tai ei – kielelliseen muistiainekseen. (Hokkanen ym. 2010, 127 - 128.) *Amnesialla* tarkoitetaan vaikeaa muistihäiriötä eli muistittomuutta tai muistin menetystä. Tällöin valtaosa ennen sairastumista tallentuneesta muistivarastosta on kuitenkin edelleen potilaan käytössä ja potilaalla on jäljellä myös uuden oppimisen kykyä. Potilailla, joilla on muistihäiriöitä, on usein myös tarkkaavuuden ja toiminnan ohjauksen ongelmia. *Anterogradisessa* amnesiassa on kyse lähimuistin häiriöstä, jolloin sairastumisen alun jälkeisten uusien asioiden mielessä säilyttäminen on vaikeutunut. *Retrogradisella* amnesialla tarkoitetaan kauko-muistin häiriötä, jossa ennen sairastumista koettujen asioiden ja tapahtumien mieleen palauttaminen on vaikeutunut. (Kuikka ym. 2001, 141, 147.) Näistä muistihäiriöstä yleisempänä pidetään anterogradista amnesiaa (Hokkanen ym. 2010, 130). Potilas voi esimerkiksi kysellä, milloin syödään tai jaetaan lääkkeit, vaikka nämä olisivat tapahtuneet vain hetki sitten tai kokea tavaroidensa hukkuvan, koska ei muista, mihin on ne laittanut (Jehkonen ym. 2009, 8). Etenkin sairauden alkuvaiheissa potilas saattaa pyrkiä täyttämään muistiaukkojaan sepittelyllä (Kuikka ym. 2001, 151).

*Potilas tarvitsi muistin tueksi ja päivän ohjelman muistaakseen reissuvihkon ja viikko-ohjelman.*

*Potilas ei muistanut, ettei pystykään liikkumaan pikkukeppiin tukeutuen kuten aikaisemmin, vaikka kävelyä oli jouduttu harjoittelemaan osastolla paljon tuetummin ja avustuksen kanssa.*



## 2.2.6 Toiminnan ohjauksen häiriöt

Toiminnan ohjauksella tarkoitetaan ihmisen kykyä säädellä tahdonalaisesti kielellisten taitojensa sekä havainto-, muisti- ja liiketaitojensa käyttöä ja suuressa määrin myös tunnereaktioitaan (Kuikka ym. 2001, 166). Molempien aivopuoliskojen etuotsalohkojen vauriosta voi seurata aloitteettomuutta, lyhytjänteisyyttä, impulsiivisuutta ja välinpitämättömyyttä (Hokkanen ym. 2010, 130). Toiminnan ohjauksen häiriöön liittyvä aloitteettomuus voidaan joskus virheellisesti tulkita laiskuudeksi tai masennukseksi (Jehkonen ym. 2009, 9). Lievempiä toispuoleisia vaurioita voi olla vaikeaa havaita lyhyen taapamisen aikana tai sairaala - osastolla, jossa oma - aloitteisen toiminnan vaatimukset ovat vähäiset. Pelkästään etuotsalohkoihin rajautuneesta vauriosta ei aiheudu muita selvemmin havaittavia oireita, kuten halvausta, tuntuu puutoksia tai näkökenttäpuutoksia. Tällöin käytöskontrollin heikkous voi ilmetä vasta potilaan kotiuduttua. (Kuikka ym. 2001, 169.)

*Toimintaterapiassa potilas olisi kahvia keittäessään jättänyt suodatinpussin pois.*

*Potilas ei kyennyt aloittamaan aamutoimia omatoimisesti ilman suullista ohjeistusta.*

*Ohjeistuksen saatuaan potilas selviytyi aamutoimista kuitenkin pienin avuin.*

Etuotsalohkojen ulkosivun vaurioituminen ilmenee potilaan aloitekyvyn, uneliaisuuden, luovuuden ja tuotteliaisuuden laskuna. Joissakin etuotsalohkovaurioissa potilaan ongelmana on toimintojen juuttuminen eli *perseveraatio*, jota voi ilmetä myös muiden aivovaurioiden yhteydessä. Perseveraation laatu vaihtelee vaurion sijainnin mukaan. Vaikea - asteisessa perseveraatiossa potilas saattaa esimerkiksi jäädä vääntämään oven kahvaa tai toistamaan lauseen alkua kirjoittaessaan. Hän ei kykene korjaamaan toimintaansa, vaikka huomaisi sen virheelliseksi. Potilaan on myös vaikeaa lopettaa meneillään olevaa toimintaa siirtyäkseen seuraavaan. Potilaan voi olla hankalaa muuttaa toimintatapojaan tai omaksua uusia näkökulmia. Hän voi esimerkiksi pitää kuntoutusta tarpeettomana perusteluista huolimatta. (Kuikka ym. 2001, 170, 174 - 175.)

*Laulettaessa potilas jäi toistamaan edellistä laulua siirryttäessä seuraavaan.*

*Kirjoittaessaan nimeään Pekka niminen potilas jäi toistamaan P kirjainta eikä kirjoit-*

*taminen edennyt.*

Etuotsalohkojen alaosan vauriossa potilaan kyky ennakoida tekojensa seurauksia, oivaltaa muiden ihmisten tunnetiloja ja kontrolloida omia tunnereaktioitaan häiriintyy. Laajassa ja molemminpuolisessa vauriossa potilas on huolettoman ja välinpitämättömän oloinen, vaikuttaa korostuneen tuttavalliselta ja saattaa puhua paljon ja äänekkäästi. Potilaan käytös voi vaikuttaa epävakaalta ja hänen voi olla vaikeuksia hillitä seksuaalisia toimintayllykkeitään. Potilaan keskittyminen on heikkoa ja hän saattaa vaikuttaa levottomalta. Harkintakyvyn heikennyttyä omien tekojen ja ratkaisujen seurauksien arviointi on potilaalle vaikeaa ja keskustellessaan potilas on usein tyytyväinen ensimmäiseen mieleen juolahtaneeseen vastaukseen (Kuikka ym. 2001, 177, 179).

*Kuntoutuksen alkuvaiheessa potilas vähätteli halvausoireistoaan ja tarvitsemaansa kuntoutusta ja käsitteli halvaantunutta yläraajaansa roskin ottein. Potilas pyrki liikkumaan omatoimisesti, vaikka tämä ei ollut vielä turvallista.*

Etuotsalohkon sisäosien vaurio voi tehdä potilaasta aloitteettoman, passiivisen, saamatoman ja ponnettoman. Tarkkaavuuden osalta etuotsalohkovaurio voi vaikeuttaa huomiokyvyn ylläpitämistä, huomion jakamista kahteen asiaan samalla kertaa sekä aiheuttaa taipumusta impulsiivisiin reaktioihin. Toiminnan ohjauksen häiriöiden toteamisessa suuri merkitys on läheisten antamalla tiedolla potilaan luonteesta, käyttäytymisestä ja tunnereaktioista ennen sairastumista (Kuikka ym. 2001, 177, 182, 183.) Selkeän päiväjärjestyksen laatiminen potilaalle ja toimintojen sanallinen ohjaaminen vaihe vaiheelta helpottavat toiminnan ohjauksen häiriöitä (Jehkonen ym. 2009, 9).

*Potilas pystyi liikkumaan omatoimisesti pikkukepin avulla osastolla, mutta potilaan keskittyminen herpaantui ja tasapainon ylläpitäminen vaikeutui, kun toimintaan tuli mukaan ovien avaaminen.*

### 2.2.7 Tarkkaavuuden häiriöt

Kun potilaan havaintokyky on normaali, mutta potilas ei kykene käyttämään tätä taitoaan riittävän pitkäjänteisesti tai vakaasti, puhutaan kapea - alaisesta *tarkkaavuushäiriöstä*. Tarkkaavuuden ongelmia aiheuttavat kortikaaliset ja subkortikaaliset vauriot sekä aivojen välittäjäainejärjestelmien toiminnanmuutokset. Tarkkaavuuteen vaikuttavat myös potilaan mieliala ja motivaatio. Tarkkaavuuden häiriön ensimmäisenä arvioinnin kohteena on yleensä potilaan vireystila, joka on kognitiivisen suorituskyvyn perusta (Kuikka ym. 2001, 188, 190.)

*Vireystilassa* ilmenee elimistön vuorokausirytmiiin liittyvää vaihtelua. Korostunut vireystilan vaihtelevuus tai liiaksi alentunut vireystila voivat olla seurausta aivorungon vauriosta. Tällöin potilas kokee olevansa jatkuvasti jollain lailla unelias, vaikka onkin nukkunut yönsä normaalisti. Potilas voi vaikuttaa myös henkisesti hidastuneelta, käsittää väärin kuulemansa kysymykset tai hänen voi olla vaikeaa pysyä mukana nopeatempoisissa tilanteissa. Väsyvyyden lisääntyminen on kuitenkin myös yleinen aivovaurion seuraus. Väsyvyys lisääntyy erityisesti suoritustilanteissa, jolloin potilas jaksaa työkennellä tiiviisti vähemmän aikaa kuin ennen tai hän on työskentelyn jälkeen väsyneempi kuin ennen. (Kuikka ym. 2001, 190 - 192, 204.)

*Potilaan kanssa toimiminen vaati rauhallista etenemistä, jotta potilas pääsi mukaan toimintaan. Potilaan istumisen pyörätuolissa tuli tapahtua valvotusti, koska potilas saattoi väsähtää yhtäkkiä.*

Yksi tarkkaavuuden häiriö on *tarkkaavuuden kapeutuminen*. Tällöin potilas ei pysty kohdentamaan huomiokykyään päätehtävään ulkopuolisten ärsykkeiden häiritessä. Potilaalla voi olla vaikeutta jakaa tarkkaavuuttaan useampaan tehtävään tai jatkaa tehtävää, jos se välillä keskeytyy. Potilaan voi olla esimerkiksi vaikeaa keittää kahvia samalla, kun hän juttelee vierailleen tai jatkaa toimintaa vastattuaan välillä puhelimeen. Aivosairauksista voi seurata myös motoristen ja kognitiivisten toimintojen hitautta ja hidastuminen näkyy selvemmin moniosaisissa tehtävissä. (Kuikka ym. 2001, 203.)

### 2.2.8 Tunne - elämän muutokset

Aivovaurio ja välittäjäainejärjestelmien häiriö voivat aiheuttaa muutoksia tunne - elämässä. Tunnereagointi on tällöin epäsuhteessa tilanteeseen ja jos tunnemuutos on pysyvä, voidaan puhua luonteen tai persoonallisuuden muutoksesta. Olennaisinta on havaita ne tunne - elämän muutokset, jotka vähentävät hoitomyönteisyyttä ja kuntoutusmotivaatiota. Tunnereaktioiden selvittäminen on helpointa silloin, kun potilas kertoo itse mielialastaan ja jaksamisestaan. Turvallisessa ja luottamuksellisessa tilanteessa esitetyt kysymykset voivat olla potilaalle avuksi ja osoittaa, että tunteista ja jaksamisesta on luvalista keskustella. Jos sanallinen kuvaus jää niukaksi, joudutaan potilaan tunnereaktioita päättämään muusta käyttäytymisestä. Esimerkiksi kipujen, särkyjen ja univaikeuksien lisääntyminen voi olla merkki masennuksesta. (Kuikka ym. 2001, 206 - 207.)

*Masentuneisuutta* pidetään normaalina reaktiona ihmisen menettäessä jotain arvokasta. Lievässä masennuksessa potilaan tulevaisuuden odotukset synkkenevät ja kiinnostuksen kohteet ja mielihyvän aiheet vähentyvät. Vaikeassa masennuksessa potilas kokee myös menneisyyden synkäksi ja toivottomaksi ja itsensä vähäarvoiseksi ja avuttomaksi. Ulospäin masentunut potilas voi näyttää väsyneeltä, rasittuneelta ja surulliselta ja hänen kasvonsa ilmeet yksitotisilta. Liikkuminen vaikuttaa hitaalta ja vaativissa tilanteissa potilas ennakoii epäonnistumisen jo ennen yrittämistä. Hän ei myöskään jaksa ponnistella pitkään ja itkuisuus ja mielen pahoittaminen voivat ilmetä herkästi ja äkillisesti. Vaikeasti masentuneen potilaan oma - aloitteinen puhe on vähentynyt ja vastaukset kysymyksiin lyhentyneet. Piilevään masennukseen voivat viitata unen, ruokahalun ja seksuaalisen halukkuuden häiriöt, epämääräiset kivut ja säryt sekä korostunut muistista huolestuminen. (Kuikka ym. 2001, 211 - 212.) Masennuksen vaikutukset kohdistuvat myös raskaina potilaan lähiympäristöönsä, etenkin läheisiin (Salokangas 1997, 17).

*Surullinen* potilas puolestaan miettii sairauden merkitystä elämässään ja siihen kuuluu epätoivoa, epäilyä ja masentuneisuutta. Sureva ei kuitenkaan menetä itsearvostustaan tai tunne syyllisyyttä ja välittää masentunutta enemmän saamastaan lohdutuksesta, ilahtuu mukavista yllätyksistä tai mielihyvää tuottavista myönteisistä asioista. Sureva pystyy yleensä myös hoitamaan käytännön asioita. Vastakohtana masentuneen potilaan reagoinnille pidetään välinpitämättömyyttä. Tällöin potilaalta puuttuvat normaalisti toimintakyvyn menetyksiin kuuluvat ahdistuneisuus ja masentuneisuus. (Kuikka ym. 2001,

212 - 213, 215.)

*Välinpitämättömyys* aiheutuu yleensä oikean aivopuoliskon infarktista ja tyypillisellä potilaalla on selvä vasemman puolen halvausoireisto, neglect - häiriöitä ja tilasuhteiden hahmotuksen häiriöitä. Välinpitämättömyyden seurauksena potilas saattaa olla kohtuuttoman hyväntuulinen tilanteeseensa nähden, kiistää halvauksen tai kohdella halvaantuneita raajojaan vieraina esineinä tai toiselle kuuluvina. Potilaalla saattaa olla myös epärealistisia ajatuksia kuntoutumisensa suhteen. Hän voi esimerkiksi todeta kuntoutuvansa heti, kun pääsee kotiin. Välinpitämättömyys voikin aiheuttaa vaaratilanteita ja vaikeuttaa aktiivista kuntoutusta. Kieltämisellä väistetään tiedostamatta tietyllä hetkellä jonkin vaikean asian kohtaamista, jotta pystytään vähitellen sopeutumaan muutoksiin ajatuksellisesti ja tunnetasolla. Tilansa kieltävä potilas havaitsee toimintakykynsä muuttuneen, mutta kieltää sairauden tuomien muutosten merkityksen elämässään. Potilas voi esimerkiksi todeta, että sairauden tuomat häiriöt ilmenevät sairaalassa, mutta niistä ei ole haittaa kotona. Potilas voi myös hermostua puhuttaessa sairauden aiheuttamista muutoksista. (Kuikka ym. 2001, 216, 217 - 218.)

*Apatialla* tarkoitetaan sitä, että potilas reagoi heikommin ympäristön tapahtumiin ja hänen oma - aloitteinen toimintansa on vähäistä ja ponnetonta. Äärimmäisessä tapauksessa potilas on täysin toimeton ja puhumaton, vaikka hänen vireystilansa on normaali. Myös potilaan tunnereaktiot voivat latistua. Apaattisuus johtuu yleensä etuotsalohkojen tai etuotsalohkoyhteyksien vaurioitumisesta. (Kuikka ym. 2001, 218 – 219.) Sen on myös katsottu liittyvän useammin oikean aivopuoliskon vaurioon (Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio 2009, 19).

*Ahdistunut* potilas näyttää pelokkaalta, hänen ilmeensä ja eleensä kireiltä ja varautuneilta ja liikkuminen hätäiseltä ja levottomalta. Haastavissa tilanteissa ahdistuneen potilaan toiminta saattaa keskeytyä herkästi ja potilas voi pyrkiä toimimaan mahdollisimman nopeasti estääkseen ahdistuksen lisääntymistä. Ahdistus saattaa aiheuttaa myös liiallista yrittämistä, joka voi puolestaan johtaa elämän yksipuolistumiseen. Potilas voi esimerkiksi ajatella tapaavansa muita ihmisiä vasta sitten, kun puhekyky on täysin palautunut. Normaalisti ahdistumisen tarkoituksena on välttää vaarallisia asioita, paeta ja suojautua. Potilaalla ahdistuneisuutta voi ilmetä etenkin sairauden alkuvaiheessa ja esimerkiksi sairaalasta kotiutuessa, jolloin itsenäisen selviytymisen vaatimuksen kasvavat. Epätie-

toisuus lisää ahdistusta ja tästä johtuen potilaalle annettava sairautta ja toimintakyvyn muutoksia koskeva neuvonta onkin erityisen tärkeää. (Kuikka ym. 2001, 219 - 220.)

*Vihaisen* ihmisen tunnistaa jännittyneisyydestä, ärtymyksestä, suuttuneesta äänensävyistä ja uhkaavista eleistä tai piikikkäistä huomautuksista. Vihaisuus voi ilmetä myös passiivisena vastahakoisuutena. Normaalisti vihainen ihminen haluaa poistaa pyrkimyksiään haittaavan esteen ja saa tähän voimavaroja vihaisuuden kautta. Potilaalla vihaisuutta voivat aiheuttaa masentuneisuus, ahdistuneisuus, toimintakyvyn rajoituksista aiheutuvat esteet tai avuttomuuden tunne. Potilas voi myös olla vihainen, koska kognitiivisten muutosten myötä ihmisten suhtautuminen häneen on muuttunut, ihmiset voivat esimerkiksi suhtautua häneen samalla tavoin kuin lapseen. Potilaan ärtymistä saattaa aiheuttaa myös liika kiirehtiminen tai liiallisten vaatimusten esittäminen suhteessa potilaan kognitiiviseen toimintakykyyn, muutokset ympäristössä tai toiminnan keskeytykset silloin, kun potilaalla on vaikeuksia vaihtaa tarkkaavaisuuttaan asiasta toiseen. (Kuikka ym. 2001, 222 - 223.)

### 3 AVH - POTILAAN ALKUVAIHEEN MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUS

Haluamme korostaa tässä luvussa moniammatillisen yhteistyön merkitystä AVH - potilaan alkuvaiheen kuntoutuksessa ja alaluvuissa perustella asioita, joiden toteutuminen on mielestämme oleellista uuden AVH - potilaan kuntoutuksen alkuun saattamisessa osastolla. Tämä luku alalukuineen toimii myös teoriaperustana esityksellemme osaston uudeksi AVH - potilaan alkuvaiheen toimintamalliksi ja alalukujen järjestys on rakentunut sen mukaisesti.

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan työskentelyssä eri asiantuntijoiden potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hoitopolku ja luomaan yhteinen käsitys potilaan tilanteesta ja tarvittavista toimenpiteistä ongelmien ratkaisemiseksi. Moniammatillisen tiedon kokoaminen tapahtuu yhdessä sovitulla foorumilla ja yhdessä sovituin välinein ja toimintaperiaattein. Jos mahdollista, mukana keskustelussa ovat myös potilas ja hänen läheisensä, jolloin hekin voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon. Moniammatillisen yhteistyön vuorovaikutusprosessissa pyritään rakentamaan tapauskohtainen yhteinen tavoite. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 34; Isoherranen 2005, 14.) Moniammatillista yhteistyötä tukevissa organisaatioissa arvostetaan työntekijöiden osallistumista, autonomiaa, tasa-arvoa ja ilmaisuvapautta. Yhteistyön edellytyksiä ovat työntekijöiden avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus sekä tarvittava jämäkkyys tuoda esiin oma näkemys ja asiantuntijuus. Moniammatillisen yhteistyön asiantuntijuus syntyy aina yhteistyössä. (Isoherranen ym. 2008, 16 - 17.) Moniammatillisessa yhteistyössä pitää toisaalta osata kirkastaa omaa erityisosaamistaan ja asiantuntijuuttaan, toisaalta rakentaa joustavasti ryhmän yhteistä asiakaslähtöistä osaamista (Isoherranen 2005, 19).

Tutkimusten mukaan AVH - potilaat riippumatta iästä, sukupuolesta, tai halvauksen vaikeusasteesta hyötyvät moniammatillisessa kuntoutusyksikössä toteutetusta kuntoutuksesta. Sairastumisen alkuvaiheessa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä hoidettujen kuolleisuuden ja laitoshoidoon jäämisen riskien on todettu olevan pienempiä kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. (Käypä hoito 2011.) Moniammatilliseen kuntoutusryhmään kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, ja sosiaalityöntekijä. Erittäin tärkeä osa moniammatillisen

kuntoutusyksikön toiminnassa on toimintakykyä edistävällä hoitotyöllä. (Käypä hoito 2011; Kaste ym. 2010, 328.) Kuntoutukseen osallistuvat myös potilaan läheiset (Kaste ym. 2010, 329). Jokaiselle AVH - potilaalle tehdään osastojakson alkuvaiheessa arvio fyysisen ja kognitiivisen kuntoutuksen tarpeesta ja kuntoutusta tarvitseville laaditaan moniammatillisesti kuntoutustavoitteet ja kuntoutussuunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutuksen edetessä tavoitteita tulee tarkistaa ja tarvittaessa muuttaa. (Käypä hoito 2011; Kaste ym. 2010, 328.)

Tutkimusten mukaan olennaisinta AVH - potilaan kuntoutumisessa on yksikön suuntautuneisuuden lisäksi aito kiinnostus AVH - potilaiden kuntoutukseen (Kaste ym. 2010, 328). Yhteisen kouluttautumisen, oman ammattialan koulutustiedon jakamisen sekä asioiden yhdessä pohtimisen on todettu tukevan moniammatillista yhteistyötä. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden aivohalvauspotilaiden hoidossa on todettu näkyvän moniammatillisessa yhteistyössä parhaiten silloin, kun toimintatapana on tiimityöskentely. Omahoitajuuden on puolestaan katsottu vaikuttavan myönteisesti potilaan alkutilanteeseen paneutumiseen ja vastuunottamiseen potilaan tilanteesta sekä vastavuoroisesti tuovan muille tiiminjäsenille turvallisuuden tunteen potilaan kuntoutusprosessin jatkumisesta ja parantavan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Ammattitaitoisen hoitotyön toteuttamiseen kuuluu myös käyttökelpoisten kuntoutumista arvioivien mittareiden valintaa. Potilaan kuntoutuminen on prosessi, johon kuuluu hänen tukeminen kriisin läpikäymisessä, eteenpäin kannustaminen, tiedon jakaminen ja jatkohoidon varmistaminen. (Mäntynen, Vehviläinen - Julkunen & Sivenius 2009, 23 - 33.)

Akuutissa vaiheessa potilaan tila ei ole vielä vakiintunut. Akuuttia vaihetta seuraa subakuutti vaihe, jota pidetään kuntoutumisen nopeimpana vaiheena ja joka kestää noin kolmeen kuukauteen saakka. Aktiivisen kuntoutuksen on todettu olevan tehokkainta silloin, kun se aloitetaan heti potilaan tilan ollessa riittävän vakaa eikä esimerkiksi muutaman viikon kuluttua. Tämä koskee sekä fyysisten että kognitiivisten oireiden kuntoutusta. Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellista toipumista tapahtuu ja tämän jälkeen sitä on mahdollista jatkaa toimintakykyä ylläpitävänä kuntoutuksena. Potilaan kuntoutumista voidaan arvioida melko luotettavasti 1 - 3 viikon kuluttua sairastumisesta. (Käypä hoito 2011.) Suurimmassa osassa aivoja hermosolut eivät uusiudu ja tämä rajaa osaltaan aivoverenkierohäiriöstä toipumista. Kuntoutuminen perustuu soluta-



solla uusien hermoverkkojen muodostumiseen ja aivojen tasolla säästyneen aivokudoksen kykyyn muovautua ja ottaa vaurioituneen alueen tehtäviä eli aivojen plastisuuteen. Potilaalle kuntoutus merkitsee menetettyjen taitojen uudelleen oppimista. (Soinila & Särkämö 2009, 2585 -2590.)

Potilaan aktiivisessa kuntoutuksessa painottuvat joustavasti erilaiset toimintatavat potilaan fyysisen ja psyykkisen tilan mukaan. Häiriintyneen toiminnon intensiivisellä harjoittelulla pyritään toiminnan palauttamiseen mahdollisimman lähelle lähtötasoa. (Käypä hoito 2011.) Esimerkiksi halvaantuneen puolen kuntoutukseen kuuluu, ettei terveen puolen anneta kompensoida halvaantuneen puolen toimintaa (Kaste ym. 2010, 328). Toiminnan sopeuttamisella eli haittaa kompensoivien toimintojen ja apuvälineiden käytön harjoittelulla pyritään haitan minimointiin (Käypä hoito 2011). Esimerkiksi potilaan tarvitsemat apuvälineet arvioidaan kuitenkin vasta kuntoutumisen kannalta stabiilissa vaiheessa (Kaste ym. 2010, 329). Psyykkisellä ja psykososiaalisella tuella pyritään puolestaan muuttuneen elämän tilanteen hallintaan ja tulevaisuuden suunnitelmien tukemiseen (Käypä hoito 2011). Potilaan eristäytymistä tulisi pyrkiä välttämään. Sairauden psyykkisessä käsittelyssä voivat auttaa sopeutumisvalmennuskurssit tai eri potilasjärjestöjen järjestämät kerhoillat ja tilaisuudet. (Kaste ym. 2010, 329.)

### 3.1 Ympäristön huomiointi

Kuntoutuksen alkuvaiheessa, kun potilaan oma liikkuminen on rajoittunutta, huonejärjestelyllä on tärkeä merkitys. Huonejärjestelyllä huomioidaan se, että potilas saa mahdollisimman paljon virikkeitä, näkö-, kuulo- ja tuntoaistimuksia, halvaantuneelta puoleltaan. (Davies 2000, 99.) Potilasvuode suositellaan sijoitettavaksi siten, että huoneen ovi ja potilaan yöpöytä ovat potilaan halvaantuneella puolella (Forsbom ym. 2001, 77). Jos potilaalla on akuuttivaiheessa voimakas havaintomaailman puutos halvaantuneella puolella, vaikeuksia kääntää päätään halvaantuneelle puolelle ja sairauden tunnon puutosta, voidaan potilasta lähestyä aluksi suoraan edestä, tavoitella keskilinjan löytymistä ja aloittaan vasta tämän jälkeen lähestyminen vähitellen halvaantuneelta puolelta (Davies 2000, 100). Tällöin ärsykkeiden antoa myös terveeltä puolelta pidetään inhimillisenä ja perusteltuna (Laatu aivohalvauspotilaan fysioterapiassa 1992, 35). Yleensä potilasta pyritään kuitenkin lähestymään aina halvaantuneelta puolelta ja ohjaamaan esimerkiksi

pesuja, hampaiden harjausta ja ruokailua halvaantuneelta puolelta. Potilaan lähestyminen ja potilaan kanssa toimiminen on tärkeää ohjata myös potilaan läheiselle. Läheinen voi edesauttaa halvaantuneen puolen huomioimista esimerkiksi pitämällä keskustellessaan potilaan halvaantunutta kättä omassa kädessään. (Davies 2000, 100.)

### 3.2 Asentohoito

Onnistunut kuntoutus ei ole riippuvainen pelkästään potilaan saaman terapian määrästä vaan myös siitä, mitä potilas tekee jäljelle jäävän ajan päivä- ja yöaikaan. Kuntoutuksen tulisi olla jokaisen potilaan kohdalla ympärivuorokautista ja tämä onnistuu parhaiten silloin, kun kuntouttava toiminta aloitetaan välittömästi. Alkuvaiheessa potilas viettää suurimman osan päivästänsä sängyssä, joten makuuasennolla on suuri merkitys potilaan kuntoutumisessa. Pitkän vuodelevon on todettu lisäävän tahdosta riippumatonta lihasjänteitä ja myöhemmin potilaan pelkoa istuma- ja seisoma - asentoa kohtaan. (Davies 2000, 99, 101.) Pitkäaikaisilla vuodepotilailla, joiden makuuasentoa vaihdetaan usein, on todettu olevan vähemmän huimausta istuma - asentoon noustessa kuin paljon aikaansa selinmakuuasennossa viettäneillä potilailla (Forsbom ym. 2001, 77). Asentohoidolla pyritään ehkäisemään komplikaatioita, kuten syviä laskimotukoksia, makuuhaavoja, keuhkoembolioita ja keuhkokuumetta (Davies 2000, 101). Hyvin toteutettuna asentohoito parantaa keuhkotuuletusta ja verenkiertoa sekä valmistaa potilasta liikkumiseen antamalla aistimuksia eri asennoista (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 57). Asentohoidolla huomioidaan myös halvauksen seurauksena vaurioituneen olkanivelen biomekaniikkaa (Aivoinfarktin käypähoitosuositus 2011).

Päivällä potilasta ohjataan vuoteessa siirtymisissä ja kääntymisissä mahdollisimman aktiiviseen toimintaan. Ohjaamalla halvaantunutta puolta aktiivisesti mukaan normaaliin toimintaan autetaan potilasta menetettyjen taitojen uudelleen oppimisessa. Yöllä asennon vaihdot tehdään passiivisesti ja mahdollisimman vähän potilaan unta häiriten. (Forsbom ym. 2001, 77.) Alkuvaiheessa on tärkeää seurata potilaan ihon painereaktiota. Makuuasentoa tulisi muuttaa 2 - 3 tunnin välein. Suositeltavaa on makuu vuoroin halvaantuneella, vuoroin terveellä kyljellä. Esimerkiksi aspiraatiopneumonian riski pienee kylkimakuuasennossa, koska tässä asennossa potilas ei pysty aspiroimaan sylkeään. (Davies 2000, 101; Salmenperä ym. 2002, 57.) Painehaavojen ehkäisemiseksi potilaan

vuoteeseen voidaan laittaa tarvittaessa decubituspatja. Hyvästä ja oikea - aikaisesta asennonvaihdoista on tärkeää muistaa huolehtia myös potilaan istuessa. (Salmenperä ym. 2002, 57 - 58.)

Tärkeimpänä asentoahoitoasentona pidetään kylkimakuuasentoa halvaantuneella kyljellä. Tässä asennossa potilaan tietoisuus halvaantuneesta puolesta lisääntyy painon tunteesta patjaa vasten ja potilaan on mahdollista käyttää päällimmäisenä olevaa tervettä kättään. Asennon säilyttäminen onnistuu potilaalta levollisemmin pään ollessa hyvässä asennossa. Kylkimakuuasento terveellä kyljellä voi olla potilaalle haastavampi, koska tällöin potilas saattaa tuntea olonsa avuttomaksi. Tässä asennosta on olennaista tukea potilaan halvaantunut yläraaja hyvin tyynyillä olkavarresta asti. Potilaalle, jolla on hahmottamisen ja tuntoaistin häiriöitä, ympäröivä maailma voi tuntua kaoottiselta ja pelottavalta. Tämä voi aiheuttaa potilaan levottomuutta vuoteessa ja mahdollisesti myös vaaratilanteita, potilaan pyrkiessä hahmottamaan itseään suhteessa ympäristöönsä. Levoton potilas voi hyötyä kylkimakuuasentojen tukemisesta ja rajaamisesta kiinteillä tyynyillä, jolloin hän saa selkeän tuntoaistimuksen ympäristöstään ja rentoutuu tuntiessaan olonsa turvalliseksi. (Davies 1994, 57 – 58, 101, 103.)

Selinmakuuasentoa tulisi käyttää vain lyhyitä aikoja kerrallaan ja niin vähän kuin mahdollista, koska selinmakuuasennon on todettu aiheuttavan riskin epänormaalille refleksi-toiminnalle ja ristiluun, kantapäiden sekä nilkkojen kehräsluiden painehaavaumille (Davies 2000, 104). Selinmakuuasento aiheuttaa herkästi ojennussuuntaista jäykkyyttä. Kohonneen lihasjänteyden seurauksena lantio voi kallistua halvaantuneelle puolelle kiertäen halvaantuneen puolen lonkkaa ulospäin ja halvaantuneen puolen lapaluu voi vetäytyä taaksepäin lisäten puolestaan halvaantuneen puolen kyynärnivelen koukistusta. Potilaan lihasjänteyden kohoamiseen voivat vaikuttaa myös ympäristön outous, ympärillä olevat äänet ja melu, kiireen tuntu toiminnassa, avustajan otteiden epävarmuus, pelko ja kivut sekä ympäristön lämpötila (Forsbom ym. 2001, 34, 78, 84.)

### 3.3 Nieleminen ja ravitseminen

Eri tutkimusten mukaan 30 - 50 % aivoverenkiertohäiriöpotilaista kärsii nielemisen ongelmista. Näistä alle puolella esiintyy aspiraatiopneumoniaa eli keuhkokuumetta, jonka syynä on nesteiden tai ruoka-aineiden kulkeutuminen henkitorven kautta keuhkoihin. Potilailla, joilla on tuntupuutosta nielussa, voi esiintyä hiljaista aspiraatiota. Tällöin henkitorveen menevä aine ei aiheuta yskimistä eikä oksentamista. Jos potilas aspiroi yli 10 % nielemästään, ei ruokailua suun kautta suositella. Akuuttivaiheessa 2 - 3 ensimmäistä päivää voidaan potilasta nesteyttää suonensisäisesti tiputuksella ja harjoitella nielemisen valmiuksia. Jollei nieleminen onnistu turvallisesti, on harkittava nenämahaletkun tai PEG - letkun asentamista. PEG - letkulla tarkoitetaan vatsanpeitteiden läpi suoraan vatsalaukkuun kulkevaa letkua. (Forsbom 2001, 112, 115.) Nenämahaletkua pidetään maksimissaan 2 viikkoa. Nenämahaletku ja PEG - letku eivät poista aspiraatiota. Letkuruokinnan ajan potilaan on oltava vuoteessa tai pyörätuolissa hyvässä istuma-asennossa ja myös ruokailun jälkeen noin 30 minuutin ajan. (Mustonen 2010.) Nestetasapainohäiriöitä ja ravitsemusongelmia voivat aiheuttaa alkuvaiheeseen liittyvä pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus, verensokeritasapainon vaihtelut, nielemisvaikeudet ja kykenemättömyys huolehtia itse nesteen ja ravinnon saannista esimerkiksi tajuttomuuden tai väsymyksen takia. (Ovaska - Pitkänen 1999, 65.)

Potilas tulisi ohjata hyvään istuma-asentoon aina, kun hän syö tai juo, vähintään viidesti päivässä. Istuma-asento on tärkeä myös hampaiden pesun ja rakon/suolen tyhjentämisen yhteydessä. Istumisen tulisi tapahtua ensisijaisesti muualla kuin sängyssä, mutta jos tämä ei ole mahdollista, tulee istuma-asento järjestää mahdollisimman hyväksi sähkökäyttöisen sängyn säätöjen, tyynyjen ja pöytälevyn avulla. Jos potilaalla on tapana painaa yläraajojaan voimakkaasti pöytälevyä vasten, on kyynärvarsien alle syytä asettaa tyyny ihon suojaamiseksi. (Davies 2000, 106.) Useat potilaat väsyvät ruokailutilanteessa. Puolen tunnin lepo ennen ruokailua antaa paremmat edellytykset jaksamiselle. Jos potilaalla on suuria vaikeuksia ruokailussa, valitaan rauhallinen ja ympäristöltään turvallinen paikka. Ruokapöytä kannattaa sijoittaa tasaisen seinän viereen. Kun potilas istuu hyvässä asennossa, mielellään normaalissa tuolissa tiivisti pöydän ääressä ja toimivampi kylki kiinni seinässä, rauhoittuu yleensä rauhattomuus ja heikomman puolen huomiointi paranee. Molemmat kyynärvarret ohjataan kunnolla pöydälle, jolloin hartialinja suoristuu ja lapaluun asento paranee. Pöydän ääressä istutaan samoin, vaikka

potilas istuu pyörätuolissa. Asennon ojentamista pyörätuolissa helpottaa, kun jalat ohjataan jalkalautoilta lattialle. (Forsbom 2001, 114.)

Potilaan vireystilan on oltava riittävä, jotta ruokaileminen on turvallista. Potilaan keskittymistä ja jaksamista on tärkeä seurata. Arviointitilanteessa on tärkeä arvioida potilaan päään toiminnallinen liikkuvuus, kasvojen symmetrisyyttä, ilmeitä, huulien sulkua, kielen liikkeitä, nielun tuntoaistimusta. Lisäksi on arvioitava potilaan yskimisvoimaa. Nielemistä lähdetään testaamaan esimerkiksi teelusikallisella vettä tai mehukeittoa. (Uusalo & Koppeli 2010.) Ruokailua ohjattaessa kannattaa nielemisten jälkeen välillä kontrolloida, millainen kuntoutuksen ääni on hänen sanoessa ”aaa”. Äänen pitäisi olla kirkas. Jos se on koriseva, massa on kulkeutunut huonosti nielussa. Potilasta ohjataan silloin yskimään kunnolla, kunnes ääni on jälleen kirkas.

Alkuvaiheessa kannattaa käyttää pientä lusikkaa ja nielemisen varmistuttua voi siirtyä suurempaan. Normaleihin ruokailuvälineisiin siirrytään heti, kun se on mahdollista. (Forsbom 2001, 115.) Potilaalle ei suositella nokkamukia, joka ohjaa päätä kallistumaan taaksepäin ja saattaa aiheuttaa nesteen yhtäkkisen kulkeutumisen henkitorveen. Nokkamukin sijaan voi kokeilla lovi-/kenomukia tai potilas voi ennemmin juoda vaikka pillillä. (Uusalo & Koppeli 2010.) Myös nesteen nauttiminen lusikalla on helppoa, koska nesteen kertamäärä on pieni (Helposti nieltävä 2005, 21). Haarukkaa ja pikkulusikkaa voidaan käyttää nielemisen arvioinnin lisäksi yliaktiivisille potilaille säätelemään annoskokoa. Jälkiruokalusikka on tässä usein sopivin. Potilaat, joilla ruokailu muutoin onnistuisi omatoimisesti, mutta ruokailuvälineiden käsittelyyn tarvittava ote tuottaa vaikeuksia, voivat kokeilla varsipaksunnoksia. Ruoka ja ruokailuvälineet asetellaan aina pöydälle pois tarjottimelta. Pöydällä voi olla myös värillinen liukueste kohdistamassa huomiota ruokaan ja ruokailuvälineisiin ja estämässä lautasen liukumista ulottumattomiin ruokailun yhteydessä. (Uusalo & Koppeli 2010.)

Kun varsinkin nestemäisen syötävän käsittely on vaikeaa, se kannattaa paksuntaa sakeutusaineella (esim. Thick and Easy) (Forsbom 2001, 115). Sakeutusainetta käytettäessä on tärkeää arvioida yksilöllisesti, kuinka paljon kyseinen potilas tarvitsee sakeutusainetta nesteisiin, jotta nieleminen olisi turvallista. Asia on tärkeä kirjata ylös, jotta jokainen sakeuttaisi nesteet samalla tavalla. (Mustonen 2010.) Sakeutusaineella voi myös saostaa kuumia ja kylmiä ruokia, eikä se muuta ruuan alkuperäistä makua (Helposti nieltävä

2005, 31). Yhtälailla kuin arvioidaan juoman oikea koostumus pitää arvioida ruoan sopiva koostumus. Ruoan koostumus voidaan jakaa mm seuraavasti: kiinteä hyytelömäinen, sakea sose, sileä sose, kiisseli (ei siemeniä), nektari, ohuet nesteet ja pureskelua vaativat karkeat ruoat. (Mustonen 2010.) Ruoka-annoksen ulkonäköön, makuun ja tuoksuun on kiinnitettävä huomiota, koska se herättää kiinnostuksen syömiseen. Liha ja leipä sekä sitkeät ruoat ovat hankalia syötäviä. Maito ja jotkut hapanmaitotuotteet vaikeuttaa nielemistä lisääntyneen limaneristyksen vuoksi. Syljen eritystä taas lisäävät mm. pureskelua vaativat ruoat ja makeat sekä hyvin happamat ruoka-aineet. Sylki tekee ruoasta helpommin nieltävää. Mieluinen ja maistuva ruoka aktivoi nielemisrefleksiä samoin kuin kylmä ruoka tai juoma. (Helposti nieltävä 2005, 12, 25, 26.) Ruokien erilainen koostumus aktivoi tuntoaistimuksia ja pureskelua. Ruoan ulkonäöllä, lämpötilalla ja annoskoolla on tärkeä merkitys ruokailun toteutumisessa. (Uusalo & Koppeli 2010.)

Jos potilas tarvitsee ruokailussa avustusta niin, että häntä on syötettävä, lusikka viedään hänen suuhunsa edestä ja keskeltä, kuten hän itse sen veisi syödessään. Suuhun vietäessä lusikkaa painetaan kielen päälle, jotta potilas saa siitä tuntuman. Kun lusikka tuodaan suusta ulos, painetaan alahuulta sormella ylähuulta vasten ja ohjataan huulten sulkua, ettei ruoka valu suusta ulos. Jos ruokaa jää posken ja hampaiden väliin, ohjataan se sormella takaisin poskesta kielen suuntaan. Nielemistä voi helpottaa ohjaamalla kuntoutujaa nyökkäämään nielemisvaiheessa. (Forsbom 2001, 114, 115.) Potilaan ravinnon ja nesteiden saantia on seurattava jatkuvasti. Potilaan tulee saada ravintoa riittävästi, huomioitava kokonaisenergiamäärä, tarvittaessa seurattava painoa. Tarvittaessa käytetään täydennysravintojuomia ja -vanukkaita. Potilaalle suositellaan annettavan useampia annoksia päivässä, jos hän jaksaa syödä vain pieniä määriä kerrallaan. (Pietilä, Ojala, Saye & Saarela 2006, liite 2.)

Viimeisen suupalan jälkeen kontrolloidaan vielä ääni ja ohjataan tarvittaessa yskimistä. Ruokailun päätyttyä suun ja hampaiden hygienian hoito on tärkeää. Sillä varmistetaan, ettei suuhun jää ruokaa, joka aiheuttaisi tulehdusta tai kulkeutuisi vahingossa henkitorveen ja huolehditaan suun terveydestä. Hampaiden ja suun pesulla on myös stimuloiva ja terapeuttinen merkitys. (Forsbom 2001, 115.) Nielemisongelmaisella suun bakteerikanta muuttuu. Bakteerinen sylki lisää nieltynä aspiraatoriskiä. Suunpuhdistuksessa potilaalla päänasento on eteen. Pyritään siihen, että potilas puhdistaisi suun itse kielellä ja hammasharjalla. Hoitaja voi puhdistaa potilaan suun kostealla harsotaitoksella tai lasten pienellä hammasharjalla tai sähköhammasharjalla. Kieli ja proteesit puhdistetaan

sopivilla suunhoidollisilla välineillä. Proteesien pitäminen suussa estää ikenien atrofiaa. Tästä johtuen proteeseja on pyrittävä pitämään suussa noin kahden tunnin ajan. (Uusalo & Koppeli 2010, Mustonen 2010.) Ruokailun päätteeksi on tärkeä suojata hampaita syömällä ksylitolivalmisteita, jos se on turvallista (Helposti nieltävä 2005, 25). Potilaan on hyvä istua 20 - 30 minuutin ajan ruokailun jälkeen, jotta varmistutaan paremmin ruoan kulkeutumisesta nielusta ruokatorveen. (Forsbom 2001, 115.) Pep - pullo puhallukset puhdistavat nielun ja vahvistavat suun ja nielun lihaksia. Puhalluksia suositellaan tehtäväksi 2 x 10 puhallusta. Puhallusten jälkeen potilaan yskimistä voidaan tukea pal-leasta. (Uusalo & Koppeli 2010.)

Kasvojen, kielen ja nielun terapia ennen ruokailutilannetta antaa potilaalle paremmat valmiudet syömiseen onnistumiseen. Sen tavoitteena on oman kehon ja ympäristön ha-vainnoin lisääntyminen, vireystilan lisääntyminen, tuntopalautteen antaminen, heikko-jen lihasten aktivoituminen, jähmeiden lihasten rentoutuminen ja syljen erityksen lisään-tyminen (Forsbom 2001, 114.) Aktiivinen nielemisterapia ilmeisesti parantaa toiminnal-lista nielemistä ja vähentää komplikaatioiden riskiä. Intensiivinen nielemisterapia voi auttaa normaaliin ruokavalioon siirtymistä. (Käypähoito 2011.)

### 3.4 Potilaan ja läheisen kohtaaminen ja tiedottaminen

Riittävän tiedon tarjoaminen alkuvaiheessa potilaalle ja läheiselle on tärkeä osa kuntou-tusta (Käypä hoito 2011). On huomattu, että AVH - potilaat kysyvät usein samat kysy-mykset uudestaan. Tämä voi johtua siitä, että alkuvaiheessa potilaan alentunut keskit-tymiskyky, muistihäiriö, levottomuus, masennus tai väsymys voi vaikeuttaa tiedon si-säistämistä. Tästä johtuen tiedottamisen tulisi tapahtua vähitellen, useaan kertaan ja eri tavoin. Tiedottamisen tulisi alkaa jo alkuvaiheessa, mutta jatkua myös potilaan palattua sairaalaympäristöstä kotiin. (Hanger & Wilkinson 2001, 113.) Potilaat ovat toivoneet tietoa annettavan läheisen läsnä ollessa ja myös kirjallisena materiaalina, jolloin tietoa on mahdollista kerrata ja palauttaa mieleen unohtuneita asioita (Pekkola 2009, 15). Poti-laan ohjaaminen tapahtuu pääosin kasvotusten ja suullisesti ohjaamalla. Suullisen ohja-uksen ja kirjallisten potilasohjeiden lisäksi potilaat ovat toivoneet itselleen enemmän myös sairaudesta kertovia kirjoja, ohjauskansioita ja videoita. (Hanger & Wilkinson 2001, 113 - 114.)

Potilasohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjaustilanne ja -ympäristö. Ohjaustilanteeseen tulisi varata riittävästi aikaa ja ohjausympäristönä tulisi olla paikka, jossa asiaan voidaan keskittyä keskeytyksettä ja häiriöttä. Vastuu ohjauksen etenemisestä on osaston ammattihenkilöllä, mutta ohjauksen onnistumiseksi sekä ammattihenkilön, että potilaan tulee olla aktiivisia ja tavoitteellisia. Potilaan on todettu olevan tyytyväisempi ja sitoutuvan paremmin hoitoon silloin, kun ohjaus on perustunut potilaan ja hoitajan yhteisiin näkemyksiin hoidoista. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 37 - 43.) Onnistunut ohjaus edellyttää riittäviä taustatietoja. Esimerkiksi yksilön ikä, ammatti ja koulutuksellinen tausta vaikuttavat hänen tapaansa ottaa vastaa tietoa. (Kygäs ym. 2007, 28; Hanger & Wilkinson 2001, 114.) Potilaan uudelleen oppiminen ja tätä kautta kuntoutuminen on tehokkaampaa silloin, kun oppiminen on tehtäväkeskeistä ja yksilölle mielekästä, kun potilaalla on mahdollisuus soveltaa oppimaansa ja saada toiminnastaan palautetta. Oppiminen voi tapahtua myös ryhmässä ja vertaistuen kautta. (Hanger & Wilkinson 2001, 113.) Sairauden tiedostamisen, tunnustamisen ja läpikäymisen on todettu helpottavan potilaan oloa (Ovaska - Pitkänen 1999, 288).

Anne Haapala toteaa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan läheisten olevan potilaan sairastuttua järkyttyneitä ja shokissa. Läheisten on todettu haluavan rehellistä tietoa potilaan diagnoosista ja siitä mitä on tapahtunut heti sairaalaan tullessa. Tiedon tarve vaihtelee hoidon eri vaiheissa. Lisäksi läheiset tarvitsevat tietoa sairaalan säännöistä, osaston toiminnasta ja siitä kenen puoleen kääntyä avun tarpeessa. (Haapala 2008, 33 - 34.) Potilaiden tavoin myös läheiset ovat toivoneet saavansa tietoa ja ohjeita kirjallisena materiaalina (Pekkola 2009, 15). Läheiset tarvitsevat ohjeistusta myös siihen, miten he voivat tukea potilasta kuntoutumisessa ja avustaa häntä sairaalajakson aikana (Haapala 2008, 34). Läheinen voi tuoda potilaalle omia tavaroita ja valokuvia, jotka toimivat yhdysiteenä kotiin ja perheeseen sairaalassa ja luovat todellisuuden tuntua. Läheistä on tärkeää muistuttaa huolehtimaan myös omasta jaksamisestaan. Sairastunut kokee helposti syyllisyyttä omaisen uupumisesta. (Ovaska - Pitkänen 1999, 167, 282 - 283.)

Aivohalvaus ja dysfasia liiton julkaisemassa Helena Pryzin ja Merja Korhosen alkupe-  
räistekstiin pohjautuvassa AVH - potilaan läheisille tarkoitetussa ohjelehtisessä kerro-  
taan potilaan läheisen voivan tuntea potilaan sairastumisen jälkeen pelkoa muiden lä-  
heisten puolesta tai yksin jäämistä kohtaan, avuttomuutta, syyllisyyttä siitä, mitä hän



olisi ehkä voinut tehdä toisin tai syyllisyyttä omasta väsymisestä. Läheinen voi myös tuntea turhautuneisuutta potilaan epävarmasta tilanteesta, ärtyneisyyttä siitä, miksi sairaus on kohdannut juuri omaa lähipiiriä, pettymystä tulevaisuuden suunnitelmien muuttamisesta, väsymystä arkielämän askareissa sekä halua eristäytyä. Tästä johtuen on tärkeää muistuttaa myös potilaan läheistä huolehtimaan perustarpeistaan, kuten syömisestä ja nukkumisesta, tarjota läheiselle viimeisin tieto potilaan tilanteesta, kehottaa läheistä välttämään eristäytymistä esimerkiksi osallistumalla tukiryhmiin ja kannustaa potilaan läheistä puhumaan sairastumisen tuomista tunteista tukiryhmässä ja perhepiirissä. (Pryz & Korhonen 2009, 2 -3.)

Läheisten voi olla vaikeaa suhtautua potilaan käyttäytymiseen, jos sairastumisesta aiheutuneet kognitiiviset oireet ovat heille vieraita. Ystävien ja tuttujen yhteydenpito potilaaseen ja perheeseen voi vähentyä sairauden alkuvaiheen jälkeen ja potilaan liikkumiskyvyn menetys voi vaikeuttaa kyläilyä. Ystävät ja tutut eivät tiedä, miten keskustella ja toimia potilaan kanssa tai potilas voi itse kieltää vierailut, koska ei halua ystävien ja tuttujen näkevän muuttunutta tilannettaan tai läheisten ylihuolehtivaisuus rajoittaa potilaan sosiaalista elämää. (Kuikka ym. 2001, 208 - 209.) On tärkeää huomioida sairauden vaikutus myös potilaan läheisten elämään. Sairauden myötä läheinen voi joutua luopumaan työstään tai harrastuksistaan ja rajoittamaan näin ollen elämänpiiriään. Potilaan kognitiiviset oireet voivat aiheuttaa läheisen väsymistä ja voivat vaikuttaa myös hänen mielialaansa. (Salo & Ylikoski 2006, 9.) Potilaan ja hänen läheistensä sopeutumisen tukeminen on tärkeä osa kuntoutusta (Soinila ym. 2010, 327).

### 3.5 Kuntoutuksen tavoitteiden asettelu

AVH - potilaan kuntoutumisen tukeminen edellyttää tavoitteiden asettamista yhteistyössä kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Alkuvaiheessa potilas tarvitsee yleensä ammattihenkilöiden tukea tavoitteiden käyttäntöön siirtämisessä, koska hän ei useinkaan tiedä, mistä aloittaa, vaikka päätavoite olisikin selvillä. (Mäntynen 2007, 5 - 6.) Potilaan oman näkemyksen huomioimisen tavoitteita laadittaessa on todettu edistävän potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista sekä tavoitteiden saavuttamista. Olennaista on myös potilaan taustatietojen huomioiminen tavoitteita laadittaessa. Laadittujen tavoitteiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja

aikaan sidottuja ja niiden tulisi olla mitattavissa. Tavoitteet tulisi myös aina kirjata ylös. Pienenkin tavoitteen saavuttaminen antaa potilaalle onnistumisen kokemuksia ja lisää potilaan motivaatiota kuntoutumiseen. Tästä johtuen pitkän aikavälin lopputavoitteen lisäksi tulisi olla lyhyen aikavälin välitavoitteita suuntaamassa huomiota asioihin, joilla lopputulos saavutetaan ja tuomassa tuloksia näkyviksi. Lyhyen aikavälin tavoitteet ovat pitkän aikavälin tavoitteita helpommin kontrolloitavissa ja saavutettavissa. (Kyngäs ym. 2007, 75 - 78.)

Seuraava taulukko (taulukko 3) voi auttaa kuntoutuksen tavoitteiden laadinnassa. Taulukon vasemman puoleisessa sarakkeessa näkyy, millainen tavoitteen tulisi olla ja oikean puoleisessa sarakkeessa tätä on vielä selvennetty.

TAULUKKO 3. Hyvän tavoitteen tunnusmerkit (Kyngäs 2007, 78)

Tavoite on muotoiltu positiiviseksi.	Positiivisesta tavoitteesta on helpompaa luoda mielikuva kuin negatiivisesta.
Tavoite on riittävän yksityiskohtainen, konkreettinen realistinen.	Asiakas tietää käytännön tilanteissa, mitä hänen tulee tehdä.
Tavoite on muotoiltu prosessiksi.	1 – 3 tavoitetta.
Tavoite kytkeytyy senhetkiseen tilanteeseen.	Tavoite on asteittain etenevä. Tavoite kuvaa tekemistä. Tavoite vastaa kysymykseen ”kuinka” ?.
Tavoite on aikaan sidottu.	Tavoite on sellainen, että asiakas pääsee heti tavoitteeseen vievälle polulle.
Tavoite on asiakkaan hallinnassa.	Tavoitteen saavuttamisen seuranta - aika määritelty.
Tavoitteen saavuttamista on mahdollista arvioida ja seurata.	Asiakas uskoo tavoitteen saavuttamiseen. Tavoitteen saavuttaminen riippuu omista tekemisistä eikä siitä, että joku muu tekee asioita tai muuttaa käyttäytymistään.
Tavoite on ilmaista asiakkaan omalla kielellä.	Asiakasta autetaan ilmaisemaan tavoite omalla kielellään.

### 3.6 Musiikin kuntouttava vaikutus

Musiikin kuuntelulla on todettu olevan AVH - potilaiden kuntoutumista edistävä vaikutus. Tämä vaikutus perustuu mahdollisesti siihen, että musiikin kuuntelusta aktivoituva mielihyväjärjestelmä tehostaa vaurioilta säästyneen aivokudoksen toimintaa. Musiikin kuuntelu voi myös parantaa potilaan kuntoutusmotivaatiota vähentämällä potilaan kokemaa äkillisen sairauden aiheuttamaa stressiä sekä lieventämällä sairauteen liittyvää masennusta ja sekavuutta. Musiikin kuuntelemisen on myös todettu edistävän suoriutumista kielellisen muistin ja tarkkaavuuden suuntaamisen tehtävistä. Tämän kaltaisen kognitiivisen toiminnan parantumisen musiikin kuuntelun seurauksena arvellaan olevan pitkäaikaista. (Soinila & Särkämö 2009, 2085 - 90.) Onkin todettu, että musiikin kuuntelu voitaisiin ottaa osaksi osaston rutiineja, koska tutkimusten mukaan vuodeosastolla olevat potilaat viettävät ajastaan vain 30 % kuntouttavina pidettävissä toiminnoissa ja muutoin passiivisesti esimerkiksi makuuasennossa torkkuen (Soinila & Särkämö 2009, 2085 - 90; DeWit, Putman & Dejaeger ym. 2005, 1977 - 83). Kävelyn rytmiin tahdistetun musiikin kuuntelulla on pystytty edistämään aivoinfarktinpotilaiden kävelykyvyn palautumista kävelynopeuden, askelpituuden ja kävelyn rullauksen lisääntyessä ja kävelyn epäsymmetrisyyden vähentyessä (Shauer & Mauritz 2003, 713 - 22). Soitinharjoittelulla on puolestaan voitu edistää yläraajahalvauspotilaan karkeamotoriikan korjaantumista (Schneider, Schönle, Altenmuller & Munte 2002, 1339 - 46).

## 4 KUVASTA OSASTON TOIMINNASTA

### 4.1 Potilaat

Osastolla 6 on 39 virallista potilaspaikkaa. Tarvittaessa potilaspaikkoja voidaan tarjota 44 ja paikkojen ylittäessä 42 paikkaa, voidaan hakea yhtä ylimääräistä hoitajaa vuoroa kohden. Osaston potilashuoneet ovat 1 - 5 hengelle ja osastolla on kaikille yhteinen päiväsal. Osaston tilat remontoitiin 2008, mutta ne voisivat palvella nykyistä paremmin sekä AVH - että geriatriasia potilaita. Osastolta puuttuu esimerkiksi rauhallisempi oleskelutila ja kunnollinen apuvälinevarasto. Potilaat tulevat osastolle Keski - Suomen sairaanhoitopiiriin ja terveysasemien päivystysten kautta, erikoissairaanhoidon osastoilta, omien lääkärin vastaanotoilta tai läheteellä. Virka - aikana potilaat osastolle sijoittaa yhteyshoitaja, päivystysaikana sijoittelun hoitaa aina kuukauden kerrallaan vastuuvuorossa oleva osasto. Osastolle 6 sijoittuvat ensisijaisesti AVH - potilaat, muistipotilaat ja geriatriset potilaat. Potilaista 16 potilasta on AVH - potilaita. Osaston potilaiden keski - ikä on 79 vuotta. (Hietala & Malinen 2010.)

### 4.2 Moniammatillinen henkilökunta

Osastolla työskentelee osastonhoitaja, kaksi lääkäriä, yksi puheterapeutti, puolitoista toimintaterapeuttia, kaksi ja puoli fysioterapeuttia, yhteyshoitaja, sosiaalityöntekijä, yksi gerontologinen sairaanhoitaja, 14 sairaanhoitajaa (15. sairaanhoitaja haussa), 10 lähi/perushoitajaa, 4 varasairaanhoitajaa ja yksi varalähihoitaja, 6 laitoshuoltajaa sekä sihteeri. Terveyskeskussairaalassa toimii neurologiaan erikoistunut ylilääkäri. Hänen lisäksi voidaan osastolta konsultoida psykogeriatrasta sairaanhoitajaa, ravitsemusterapeuttia ja haavanhoitajaa. Osastolla käy myös sairaalapappi. Lisäksi osastolla on eri ammattiryhmien opiskelijoita suorittamassa harjoittelujaksojaan. Osastolla on käynyt kerran viikossa myös Sing for life - konseptin vetäjä ja opiskelijoita pitämässä potilaille musiikkituokioita. (Hietala & Malinen 2010.)

Hoitohenkilökunnan keski - ikä on 57.5 vuotta. Aamuvuorossa työskentelee yleensä arkisin 10 - 11 hoitajaa, joista puolet on sairaanhoitajia ja puolet lähi/perushoitajia sekä

2 - 4 laitoshuoltajaa. Viikonloppuisin aamuvuorossa työskentelee 8 hoitajaa. Iltavuorossa työskentelee 6 hoitajaa ja 1 - 2 laitoshuoltajaa. Yövuorossa työskentelee kaksi hoitajaa. Hoitajien suhdeluku potilaita kohden on lähes sama kuin terveyskeskussairaalan muilla osastoilla eli 0.74 hoitajaa potilasta kohden. Osasto on jaettu kahteen eri tiimiin potilashuoneiden mukaisesti. Vuoden 2011 alussa osaston hoitohenkilökunta jakautuu kahteen eri tiimiin potilasryhmittäin eli AVH - tiimiin ja geriatriseen tiimiin. (Hietala & Malinen 2010.)

#### 4.3 Yhteistyöpalaverit

Osastolla kokoontuu tiistaisin moniammatillinen yhteistyöpalaveri. Palaveriin osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja tai lähi/perushoitaja, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puhe-terapeutti, sosiaalityöntekijä ja yhteyshoitaja. Yhteistyöpalaverissa käydään potilastilanteita läpi tiimeittäin. Keskustelun aiheita ovat esimerkiksi terapioiden toteutuminen, päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen, jatkopaikka ja jatkokuntoutus. Tavoitteena yhteistyöpalaverissa on ollut myös sähköisten potilastietojen suunnitelmakenttien päivittäminen tarvittavilta osilta. Lisäksi palaveri on ollut foorumi kotikäyntien, kotilomien ja läheisten kanssa pidettävien potilaspalaverien sopimiseksi. Tällä hetkellä palaverit koetaan kuitenkin liian toteaviksi ja ajoittain epäjohdonmukaisiksi vailla vetovastuuta. Palaveriinkin kaivattaisiin tehokkuutta ja enemmän yhteistyössä tehtävää konkreettisten lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden laatimista, toteutumisen arviointia ja päivittämistä. Yhteistyöpalaverit ovatkin varmasti yksi jatkokehittämiskohde osastolla. (Hietala & Malinen 2010.)

#### 4.4 AVH - potilaan tulotilanteen kuvaus

Osastolla 6 AVH - potilaan tulotilanteen etenemisestä ei ole tarkkaa toimintamallia. Potilaan ottaa vastaan se vuorossa olevista hoitajista, joka ennättää. Omahoitaja potilaalle sovitaan vasta myöhemmin. Hoitaja avaa tulotilanteessa sähköisen hoitokertomukseen eli WHOIKE:lle aktiviteetin komponentin ja kirjaa vähintään tulosityyn ja potilaan oireet. Muut tarvittavat sähköisen kirjaamisen komponentit hoitaja avaa sitä mukaa, kun potilaaseen tutustutaan paremmin. Tulotilanteen kirjaamiselle on olemassa valmis oh-

jeistus, mutta tätä käytetään vaihtelevasti. Yhteyshoitaja vastaa potilaiden sijoittelusta Terveyskeskussairaalassa. Hoitajat huomioivat yleensä tilaa apuvälineille ja siirtymisiin tarvitsevalle AVH - potilaalle tilavamman huoneen tarpeen, mutta oireiden mukaisen huonejärjestelyn vaihtelevasti. Asentohoitokuvien huoneeseen vieminen on mielletty fysioterapeuttien tehtäväksi. Tästä johtuen niiden potilaiden kohdalla, joista lääkäri tekee fysioterapialähetteen vasta viikon - parin kuluessa osastolle tulosta esimerkiksi alhaisen yleiskunnon tai vireystilan vuoksi, asentohoidon toteutuminen on ollut tähän asti hoitajien vastuulla ilman ohjeina olevia asentohoitokuvia. Myös nielemisen arvioinnissa on pääasiassa konsultoitu terapiahenkilöstöä. (Hietala & Malinen 2010.)

Fysioterapialähetteen potilaasta tekee lääkäri, joka tapaa osaston uudet potilaat joko samana päivänä tai seuraavan päivän aamukierrolla. Myöskään läheisten kohtaamiseen hoitajilla ei ole valmista toimintamallia ja läheiselle annettavaa ohjeistusta tai materiaalia. Jokainen hoitaja on kohdannut potilaan läheisen omalla persoonallisella tyyllillään ja ammattitaidollaan. Potilastilanteiden raportoinnissa on pyritty lisäämään hiljaista raportointia, koska edelleen tiedon siirtymisestä on liikaa suullisen raportoinnin varassa. Osastolla on tiimeittäin suulliset raportit vuorojen vaihtuessa. Näistä keskeisin on kello kahden raportti. Potilaan kotitilanne ja nykyiset palvelut kartoitetaan tulohaastattelun yhteydessä. Osastojakson aikana tarkistetaan palveluiden riittävyys ja apuvälineet. Potilas pyritään esisijaisesti kotiuttamaan omaan kotiin. Kotihoidon palvelujen tarpeesta ollaan yhteydessä alueen avopalvelunohjaajaan. (Hietala & Malinen 2010.)

#### 4.5 Kehittämistoiminta ja starttiryhmä

Osasto 6 avautui remontin jälkeen keväällä 2009. Tällöin kehittämistoiminta painottui geriatrisen hoidon ja oppimisen hankkeeseen. Tämän kehittämistoiminnan rinnalla haluttiin osaston fysioterapeuttien toimesta lähteä kehittämään myös AVH - potilaiden moniammatillista kuntoutusta. Ensimmäinen tapaaminen AVH - potilaiden kehittämistoiminnan osalta oli kesäkuussa 2010. Tapaamisessa sovittiin henkilökunnan jakautumisesta työryhmiin ensisijaisesti oman mielenkiinnon mukaan. Työryhmiä muodostuivat starttityöryhmä, asento- ja liiketyöryhmä, apuvälinetyöryhmä, nielemisen arvioinnin työryhmä, päivittäiset toiminnot - työryhmä ja virike - työryhmä. Myöhemmin työryhmät haluttiin laajentaa osittain myös geriatrisia potilaita koskeviksi ja yhdeksi lisätyö-

ryhmäksi tuli geriatrinen työryhmä. Haasteina kehittämistoiminnalle ovat olleet osaston suuri koko, osittain henkilökunnan sitoutumattomuus pitkäjänteiseen kehittämistyöhön sekä tiedon siirtymisten haasteet.

Moniammatillinen starttityöryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 13.8.2010. Tämän jälkeen työryhmä on kokoontunut yhteensä viisi kertaa noin kuukauden välein. Viimeinen kokoontuminen oli 25.2.2011. Starttityöryhmään ovat osallistuneet vaihdellen muutama sairaanhoitaja, lähihoitaja ja perushoitaja, puheterapeutti, osaston toimintaterapeutit ja fysioterapeutit sekä osaston kehittämistoiminnassa mukana oleva gerontologinen sairaanhoitaja ja kertaalleen laitoshuoltajia. Starttityöryhmässä mietittiin aluksi, minkä asioiden osastolla koettiin toimivan ja mitä asioita haluttiin lähteä kehittämään koskien AVH - potilaan alkutilannetta. Suurimmaksi kehittämistarpeeksi nousi yhtenäisen toimintamallin puuttuminen osastolta. AVH - potilaan alkutilanteen yhtenäiseen toimintamalliin haluttiin kuuluvan ensimmäisen vuorokauden muistilista, laminoidut ja potilashuoneen seinälle tulevat asentohoitokuvat ja nielemisen arviointilomake. Lisäksi starttityöryhmässä ryhdyttiin valmistelemaan potilaan ja läheisen kohtaamiseen, tavoitteiden laatimiseen ja varhaisen kotikäynnin miettimiseen suunnattua moniammatillista tapaamista, starttivarttia. Starttityöryhmässä työstettiin myös erillinen potilaalle ja läheiselle suunnattu tietopaketti, johon sisältyy osaston yhteystiedot ja tietoa osaston toiminnasta ja päiväohjelmasta, yleistä tietoa sairaudesta ja sen oireista sekä musiikin kuntouttavasta vaikutuksesta, potilaan kanssa toimimiseen liittyviä vinkkejä ja kotilomakysely sekä Keski - Suomen AVH - yhdistyksen yhteystiedot. Starttityöryhmässä käsiteltiin myös tarvetta kirjaamisen yhtenäistämiseksi ja minimikriteereille, mutta nämä sekä potilaalle ja läheiselle suunnattu tietopaketti päädyttiin rajaamaan tästä kehittämistehtävästä pois tehtävän laajuudesta johtuen.

## 5 KYSELY HOITOHENKILÖKUNNALLE AVH - POTILAAN KUNTOUTUKSEN ALKUVAIHEEN NYKYTILANTEESTA JA KEHITTÄMISTARPEESTA

### 5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Kehittämistehtävää aloittaessamme halusimme saada tietoa AVH - potilaan kuntoutuksen alkuvaiheen nykytilanteesta sekä kehittämisideoita osaston muulta henkilökunnalta. Ennen kaikkea halusimme kyselyn kautta johdatella siihen, mitä kaikkea AVH - potilaan alkuvaiheeseen kuuluu ja miten laaja alue se loppujen lopuksi on ja herätellä sekä sitouttaa osastonhenkilökuntaa uuteen toimintamalliin. Päädyimme rajaamaan kyselyn hoitohenkilökunnalle tehtävän laajuudesta johtuen. Kyselylomakkeen (liite 1) muokkasimme kuntoutusylilääkäri Satu Auvisen suullisen luvan saatuaamme Keski - Suomen sairaanhoitopiirin AVH - projektin kyselylomakkeesta, jossa haluttiin arvioitavan omaa osaamista ja omia työkäytäntöjä AVH - potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyen. Rajasimme vaihtoehtokysymykset mielestämme parhaiten AVH - potilaan alkuvaihetta koskeviin kysymyksiin ja vaihdoimme kysymysten järjestystä alkuvaiheen kannalta loogisempaan järjestykseen. Alkuperäisessä kyselylomakkeessa oli useampaan kysymykseen sisällytetty useita eri muuttujia. Osan näistä muokkasimme erillisiksi kysymyksiksi, mutta osaan kysymyksistä jätimme useamman muuttujan, koska mielestämme nämä kysymykset toimivat kokonaisuuksina emmekä halunneet kyselylomakkeelle lisää pituutta. Tiedostamme tämän valinnan vaikuttavan tulosten luotettavuuteen ja toivomme myös lukijan huomioivan tämän kyselyn tuloksia lukiessaan.

Lopullisessa kyselylomakkeessamme oli 22 vaihtoehtokysymystä ja kaksi avointa kysymystä. Vaihtoehtokysymyksissä vastausvaihtoehtoja oli neljä; 0 – en tunne asiaa, 1 – täysin erimieltä, 2 – jokseenkin erimieltä, 3 – jokseenkin samaa mieltä, 4 – täysin samaa mieltä. Keski - Suomen sairaanhoitopiirin kyselyssä oli myös ei erimieltä - ei samaa mieltä vastausvaihtoehto, jonka päädyimme jättämään pois, koska halusimme mielipiteen jokaisesta vaihtoehtokysymyksestä. Avoimilla kysymyksillä halusimme kuulla ajatuksia siitä, minkä asioiden koetaan toimivat osastolla tällä hetkellä hyvin uuden AVH - potilaan alkutilanteessa toimintakykyä edistävän hoitotyön osalta ja mitä kehittämisideoita hoitohenkilökunnalla olisi jatkossa AVH - potilaan alkutilanteen toiminta-



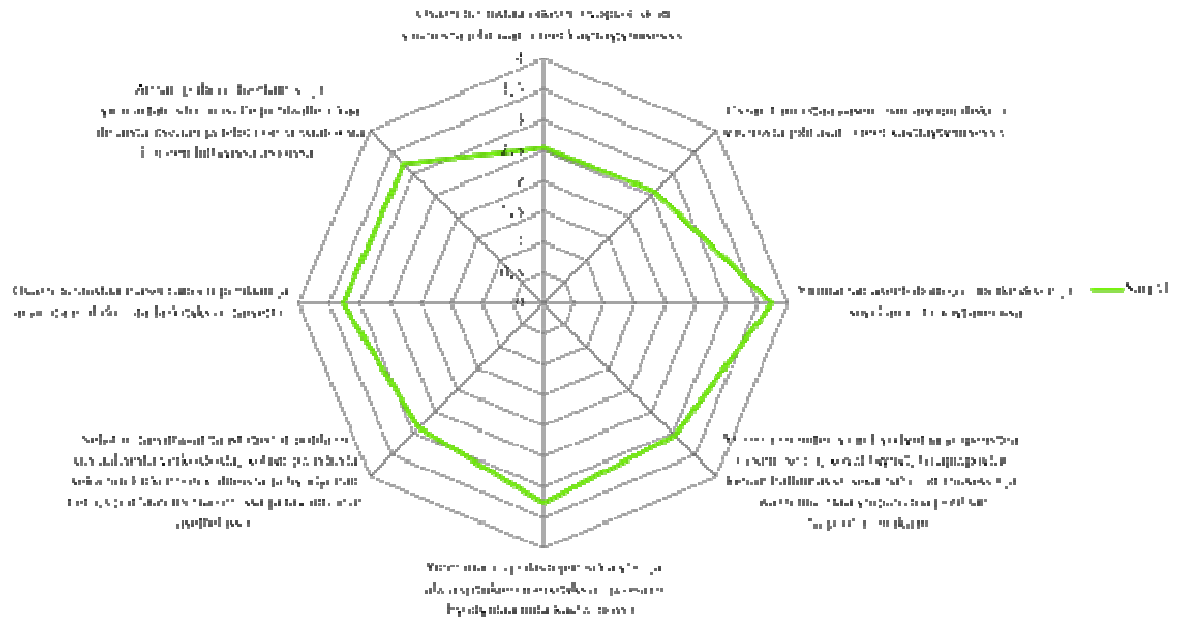
kykyä edistävää hoitotyötä koskien. Kyselylomakkeen laadinnan ja kyselyn toteutuksen jälkeen olemme vielä muokanneet kehittämistehtävän otsikkoa ja rajausta.

## 5.2 Kyselyn tulokset

Kysely toteutettiin viikoilla 4 - 5 ja kyselyyn vastasi 26 hoitajaa. Vaihtoehtokysymyksi- en tulosten laskemisessa ja havainnollistamisessa käytimme Excel- taulukkolaskentaohjelmaa. Laskimme jokaisen vaihtoehtokysymyksen vastausten (0 - 4) keskiarvon. Keskiarvoista laadimme kolme taulukkoa, joissa kysymykset ovat samassa järjestyksessä kuin kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeen 22 vaihtoehtokysymystä tuloksineen on jaettu alla oleviin kolmeen taulukkoon. Kyselyn tuloksia on avattu tarkemmin ennen jokaista taulukkoa. Mitä lähemmäksi taulukossa olevan kehän ulkoreunaa viiva sijoittuu, sitä paremmin hoitohenkilökunta on kokenut kyseisen asian hallitsevansa.

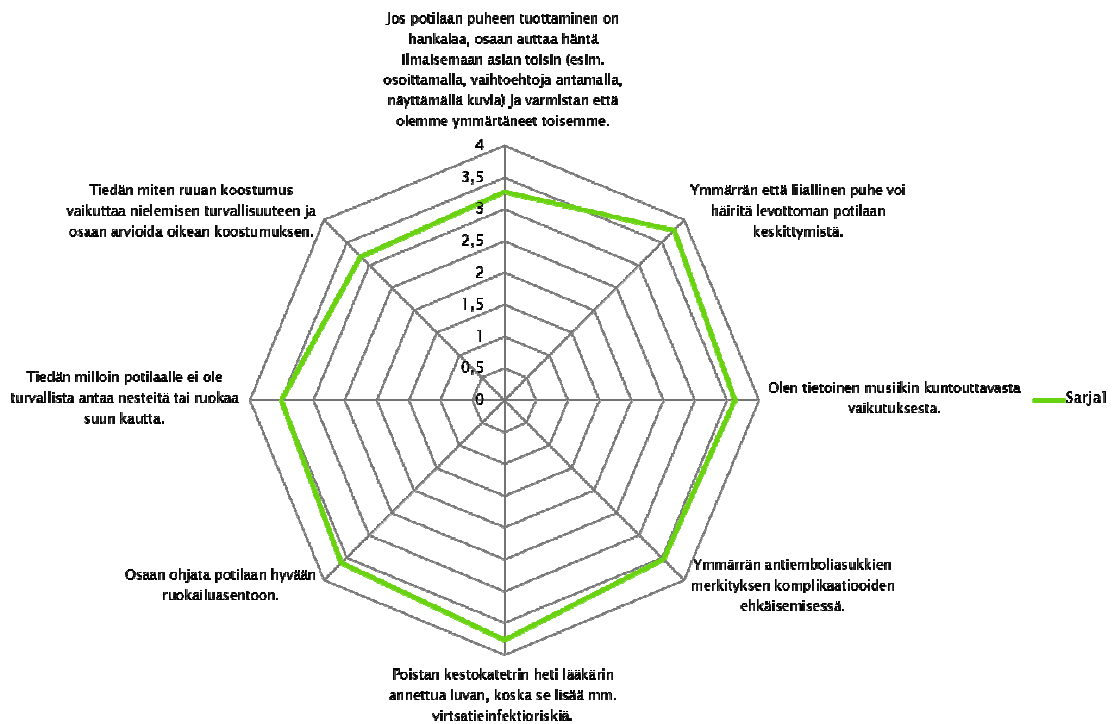
Alla olevassa taulukossa (taulukko 4) on kahdeksan vaihtoehtokysymystä. Vastausten perusteella osaston hoitohenkilökunta ymmärtää AVH - potilaiden hoitoa ja kuntoutusta koskien hyvin asentohoitojen merkityksen ja osaa soveltaa näitä käytännössä (ka 3.7). Kyselyn perusteella hoitohenkilökunta osaa tunnistaa hyvin masentuneen potilaan ja arvioida mahdollista lääkityksen tarvetta (ka 3.3), ymmärtää lepolastojen ja tukien merkityksen (ka 3.3) ja huomioi myös puheentuottamis- ja ymmärtämishäiriöisen potilaan itsemääräämisoikeuden (ka 3.2). Hoitohenkilökunta ei koe selvittävänsä täysin riittävästi tarvittavia taustatietoja potilaan sosiaalisesta verkostosta, kotiympäristöstä ja mielenkiinnon kohteista hyödyntääkseen tietoja potilaan motivoinnissa ja tavoitteiden asettelussa (ka 2.9) eikä hyödyntävänsä tai muuttavansa riittävästi ympäristöä potilaan tarpeiden mukaan (ka 3.0). Vaihtoehtokysymysten aiheista selvästi haastavimmaksi hoitohenkilökunta kokee oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioista johtuvien käyttäytymisessä ilmenevien oireiden tunnistamisen (ka 2.5).

TAULUKKO 4. Kyselyn vaihtoehtokysymyksien tulokset



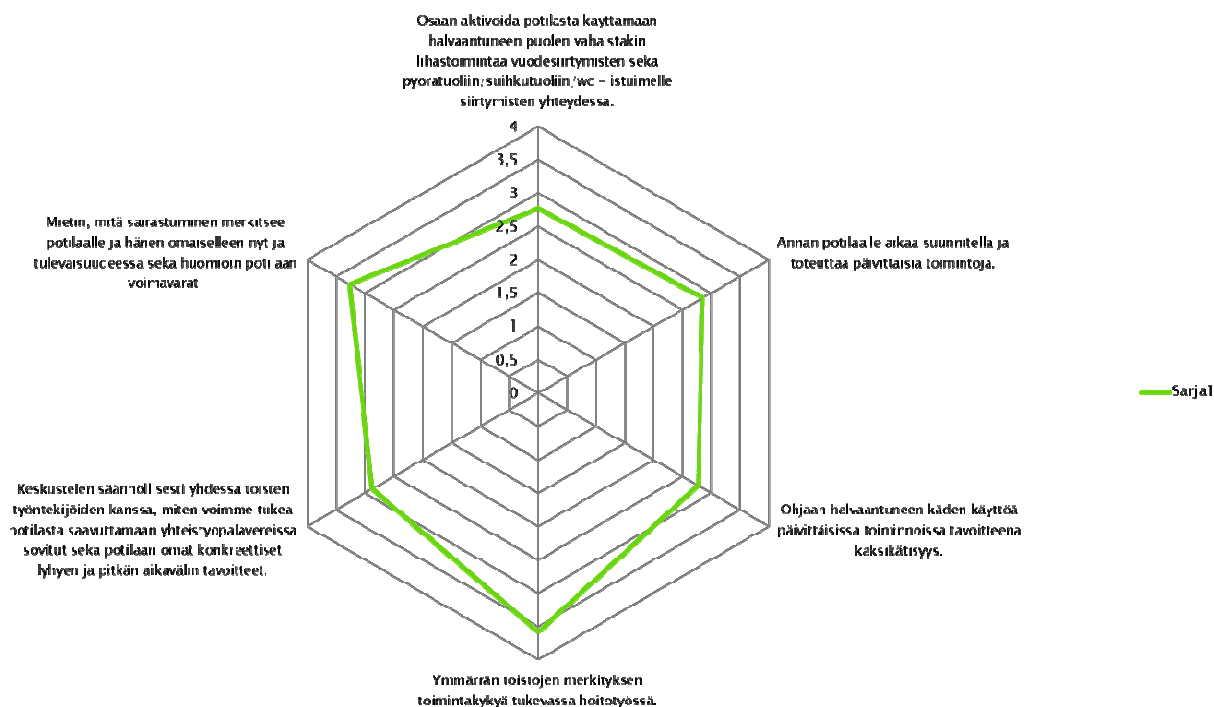
Alla olevassa taulukossa (taulukko 5) on kahdeksan vaihtoehtokysymystä. Kyselyn tulosten perusteella hoitohenkilökunta ymmärtää AVH - potilaiden hoitoa ja kuntoutusta koskien hyvin, että liiallinen puhe voi häiritä levottoman potilaan keskittymistä (ka 3.8), tietävät keuhkatetrin lisäävän virtsatieinfektiota (ka 3.8), osaavat ohjata potilaan hyvään ruokailuasentoon (ka 3.6), he ovat tietoisia musiikin kuntouttavasta vaikutuksesta (ka 3.6), tietävät milloin potilaalle ei ole turvallista antaa nesteitä tai ruokaa suun kautta (ka 3.5) ja ymmärtävät antiemboliasukkien merkityksen (ka 3.5). Hieman epävarmempi hoitohenkilökunta ollut siitä, miten potilasta, jolla on puheen tuottamisen hankaluutta voi auttaa kommunikoinnissa (ka 3.3) ja siitä, miten ruuan koostumus vaikuttaa nielemisen turvallisuuteen ja miten ruuan oikeaa koostumista voi arvioida (ka 3.2).

TAULUKKO 5. Kyselyn vaihtoehtokysymyksien tulokset



Alla olevassa taulukossa (taulukko 6) on kuusi vaihtoehtokysymystä. Vastausten perusteella hoitohenkilökunta ymmärtää hyvin toistojen merkityksen toimintakykyä tukevas-  
sa hoitotyössä (ka 3.6) ja miettii mitä sairastuminen merkitsee potilaalle ja hänen omai-  
silleen nyt ja tulevaisuudessa ja huomioi potilaan voimavarat (ka 3.3). Hoitohenkilökun-  
ta kokee, että voisi lisätä säännöllistä keskustelua toisten työntekijöiden kanssa potilaan  
tavoitteita koskien esimerkiksi osaston yhteistyöpalaverissa (ka 2.9). Epävarmempi hoi-  
tohenkilökunta kokee olevansa osaamisestaan aktivoita potilasta käyttämään halvaan-  
tuneen puolen lihastoimintaa siirtymisten yhteydessä (ka 2.8) sekä ohjata halvaantuneen  
käden käyttöä päivittäisissä toiminnoissa (ka 2.8). Hoitohenkilökunta ei myöskään koe  
antavansa täysin riittävästi aikaa suunnitella ja toteuttaa päivittäisiä toimintoja (ka 2.8).

TAULUKKO 6. Kyselyn vaihtoehtokysymyksien tulokset



Kyselylomakkeessa kysyttiin kaksi avointa kysymystä, jotka ovat seuraavat ja ohessa myös avointen kysymysten tulokset.

## 2. Mikä toimii osastolla 6 tällä hetkellä mielestäsi hyvin uuden AVH - potilaan alkutilanteessa toimintakykyä edistävän hoitotyön osalta?

Kuudessa kyselylomakkeessa 26:sta mainittiin, että asentohoito toimii osastolla hyvin. Samoin kuudessa kyselylomakkeessa tuotiin esille, että potilasta kannustetaan osastolla omatoimisuuteen, siirtymisiin ja liikkeelle varhaisessa vaiheessa. Viidessä kyselylomakkeessa oltiin tyytyväisiä osaston moniammatilliseen yhteistyöhön sekä ohjaukseen hoitohenkilökunnan ja terapeuttien välillä. Kahdessa kyselylomakkeessa tuotiin esille potilaspaikan ja yöpöydän paikan huomioiminen alkutilanteessa.

*3. Mitä kehittämisideoita sinulla olisi koskien AVH - potilaan alkutilanteen toimintakykyä edistävää hoitotyötä?*

26:ssa kyselylomakkeesta 12:sta vastauksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta kaipaasi lisää koulutusta, tietoa, tietoiskuja ja vinkkejä AVH - potilaan kuntouttamisesta. Vastauksissa koettiin myös tarve yhteiselle toimintamallille, selkeille ohjeille AVH - potilaan tulotilanteeseen, perustietopaketille ja potilaskohtaisille ohjeille. Kahdessa kyselylomakkeessa nousi esille, että osastolla tarvittaisiin lisää aikaa potilaan taustatietojen selvittämiseen sekä läheisten tukemiseen ja ohjaamiseen. Yksittäisinä kehittämisideoina AVH - potilaan alkutilannetta koskien vastauksissa mainittiin omahoitajuus, potilaan psyykkisen puolen huomiointi, toiminnan tavoitteellisuus sekä rauhallisen tilanteen ja kiireettömän paikan huomiointi.

Yhteenvetona hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn tuloksista suurimman osan AVH - potilaan alkuvaiheen hoitoa ja kuntoutusta koskevista asioista hoitohenkilökunta koki osaavansa hyvin. Tulosten perusteella hoitohenkilökunta tiedosti esimerkiksi liiallisen puheen häiritsevän levottoman potilaan keskittymistä, keuhkatietin yhteyden virtsatieinfektioon ja asentohoitojen merkityksen. Epävarmempi hoitohenkilökunta oli puolestaan oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioista johtuvien käyttäytymisessä ilmenneiden oireiden tunnistamisessa, siitä miten aktivoida potilasta käyttämään halvaantuneen puolen lihastoimintaa siirtymisten yhteydessä ja miten ohjata halvaantunutta käyttä päivittäisissä toiminnoissa. Hoitohenkilökunta ei kokenut myöskään antavansa potilaalle täysin riittävästi aikaa päivittäisten toimintojen suunnitteluun ja toteutukseen. Avointen kysymysten vastausten perusteella hoitohenkilökunta koki, että potilasta kannustetaan osastolla omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen ja myös osaston moniammatilliseen yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä. Hoitohenkilökunta kaipasi kuitenkin lisää koulutusta AVH - potilaan kuntouttamisesta ja koki myös tarvetta yhteiselle toimintamallille AVH - potilaan tulotilanteeseen, perustietopaketille ja potilaskohtaisille ohjeille. Kyselyn tulosten pohjalta tarve tämän kaltaiselle kehittämis tehtävälle on ollut. Vastauksista on lisäksi poimittavissa valmiita jatkokehittämisideoita osastolle.

## 6 UUDEN TOIMINTAMALLIN LAADINTA

### 6.1 Ensimmäisen vuorokauden muistilista

Aloimme työstää AVH - potilaan ensimmäisen vuorokauden muistilistaa (liite 2) moniammatillisesti starttiryhmässä, koska osastolta puuttui yhtenäinen toimintamalli AVH - potilaan osastolle tulovaihetta koskien. Muistilistan tarkoituksena on turvata potilaan toimintakykyä edistävän hoitotyön alkaminen heti osastolle tulovaiheessa. Muistilistan olemme rajanneet potilaan ensimmäiseen osastolle tulovuorokauteen. Kehittämistehtävämme teoriaosuuteen pohjautuen halusimme muistilistasta löytyvän ainakin omahoitajan valinnan, sopivimman huoneen ja huonejärjestyksen pohdinnan, asentohoidon ja hyvän ruokailuasennon turvaamisen, nielemisen ja ravitsemuksen huomioimisen sekä läheisen tiedottamisen. Olennaisia osastolle tulovaiheessa ovat myös potilaan tilanteeseen perehtyminen, tulotilanteen kirjaaminen sekä sopivien sähköisen kirjaamisen komponenttien avaaminen, joten myös nämä löytyvät ensimmäisen vuorokauden muistilistasta. Uuden AVH - potilaan saapuessa osastolle potilaan vastaan ottava hoitaja voi ottaa itselleen muistilistan esimerkiksi taskuun. Hoitaja pitää myös huolen siitä, että jos oman työvuoron aikana ei ehdikään hoitamaan kaikkia listalla olevia asioita, hän ohjeistaa näistä asioista seuraavaa työvuoroon tulijaa. Potilaan ensimmäisen tulovuorokauden jälkeen ja kun asiat on kirjattu sähköiseen hoitokertomukseen, muistilista jää tarpeettomaksi.

### 6.2 Asentohoitokuvat

Teoriaosuutemme pohjautuen halusimme osaston käyttöön uudet asentohoito- ja vuoderuokailuasentokuvat (liitteet 3 - 4). Halusimme, että kuvissa esiintyy oikea AVH - potilas. Saimme kirjallisen luvan osastolla olleelta potilaalta kuvin ottamiseen ja käyttöön Kyllön terveyskeskussairaalassa. Tämän kehittämistyön liitteessä potilaan kasvot ovat kuvissa sumennettu yksityisyyden suojan turvaamiseksi. Halusimme ottaa kuvat asentohoidoista sekä pehmeillä että kovilla tyynyillä tuettuna. Lisäksi halusimme halvaantuneen raajaparin näkyvän asentohoito- ja vuoderuokailukuvissa selkeästi ja käytimme tätä havainnollistaaksemme rannetukea. Vuoderuokailukuvissa käytimme vuodepöytää,

koska pöydät ovat tulleet osastolle uusina. Aikaisemmin käytössä ovat olleet potilaiden yöpöytien pöytälevyt. Asentohoito- ja vuoderuokailukuvien ottamisen jälkeen teetimme kuvista värillisiä A4 - kokoisia värikopioita, joihin jätimme reunoille tyhjää tilaa. Lisäksi kuvat laminoitiin. Halusimme, että asentohoito- ja vuoderuokailukuviin on mahdollista tehdä potilaskohtaisia ohjeistuksia ja huomioita tusseilla, joiden merkinnät ovat myöhemmin pyyhittävissä. Näin ollen kuvat on mahdollista kierrättää seuraavalle potilaalle tai laittaa potilaan mukana jatkohoitopaikkaan.

### 6.3 Nielemisen arviointilomake

Teoriaosuudessamme olemme kiinnittäneet huomiota nielemisen arviointiin ja ruokailuun liittyviin asioihin. Työstimme yhdessä terveyskeskussairaalamme johtavan puheterapeutin kanssa potilaan nielemisen arviointi ja ruokailu lomaketta (liite 5). Arviointilomake pitää sisällään seuraavat asiat; kuinka ohjaat kuntoutujan hyvään vuoderuokailuasentoon (liite 3), mitä asioista pitää arvioida ja tarkkailla AVH - potilaalla, kuinka testaat uuden potilaan nielemisen ennen ruokailua, mitä pitää tehdä ruokailun jälkeen, PEG - letku potilaan ruokailuasentoon liittyvät asiat sekä minkä komponentin alle kirjaataan arvioinnin tulokset WHOIKE:ssa. Lomakkeesta pyrittiin tekemään käytännönläheinen ja looginen muistilista tilanteeseen, jossa uuden AVH - potilaan nielemisen onnistumisesta ja ruokailun turvallisuudesta ei ole vielä varmuutta. Osastolla on jatkossa tarkoituksena, että hoitohenkilökunta ja terapiahenkilöstö pystyisivät arviointilomakkeen avulla tekemään nielemisen arvioinnin heti potilaan tultua osastolle tukeakseen potilaan kuntoutumisen edistymistä ja ehkäistäkseen komplikaatioriskin lisääntymistä. Nielemisenarviointia varten on tehty myös nielemisen arviointilaatikko, jota säilytetään osaston AVH - kaapissa yhdessä arviointilomakkeiden kanssa. Nielemisen arviointilaatikko pitää sisällään mm. spaatteleita, sitruunatikkuja, isoja pumpulitikkuja, harsotaitoksia, sideharsorullaa, peilin, taskulampun ja muovimukeja.

#### 6.4 Starttivartti

Teoriaosuudessamme olemme kiinnittäneen huomiota potilaan ja läheisten kohtaamiseen ja tiedottamiseen. Kuulimme starttivartti - ideasta Helsingissä AVH - päivillä olleilta hoitajilta. Koimme, että vastaava toimintamalli sopisi myös omalle osastollemme. Keskustelimme asiasta sekä starttityöryhmässä että yhdessä osastonhoitajan ja osaston kehittämistoiminnassa mukana olevan gerontologisen sairaanhoitajan kanssa. Starttivartin käytännön toteutuksesta sovimme yhteisesti osaston kehittämisiltapäivässä. Starttivartin on tarkoitus olla potilaan osastolle tulosta parin viikon sisällä tapahtuva moniammatillinen tapaaminen, jossa mukana ovat myös potilas ja läheinen. Tämän tapaamisen tarkoituksena on hahmottaa potilaan tämän hetkistä tilannetta ja laatia realistisia, konkreettisia ja aikaan sidottuja lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita, jotka kirjataan ylös ja joista on mahdollista tehdä potilashuoneen seinälle myös huoneentaulu. Starttivartin aikana on myös mahdollista sopia aika varhaiselle kotikäynnille osastolta ja pohdita kotilomien mahdollisuutta. Starttivartissa pyritään myös tarjoamaan tietoa potilaalle ja läheiselle sekä suullisesti että kirjallisena materiaalina.



## 7 ESITYS TOIMINTAMALLIKSI

Kehittämistyön teoriaosuuteen sekä starttiryhmyöskentelyyn ja osin myös kyselyn tuloksiin pohjautuen on laadittu uusi toimintamalli, jota osastolla aletaan kehittämistyön valmistuessa pilotoimaan. Uuden AVH - tullessa osastolle potilaan vastaanottava hoitaja ja potilaan kanssa ensimmäisen tulovuorokauden sisällä toimivat hoitajat etenevät muistilistan mukaisesti. Sopivan huonepaikan ja mahdollisesti huonejärjestyksen hoitajat huomioivat jo ennen potilaan osastolle tuloa ja myös potilaan omahoitaja voidaan ennakoida. AVH -potilaan tullessa osastolle hänet vastaanottava hoitaja etenee ensimmäisen vuorokauden muistilistan mukaisesti. Potilaan omahoitaja nimetään WHOIKE:lle jatkohoidon komponenttiin, potilashuoneen seinälle viedään halvausoireiston mukaiset asentohoito- ja hyvä ruokailuasento - kuvat sekä asentohoitoihin tarvittavat tyynyt, potilaan tulosyy kirjataan WHOIKE:lle ja avataan tarvittavat komponentit, huomioidaan potilaan erityisruokavalio ja varmistetaan tiedon siirtyminen ruokalinjastolle sekä potilaan luona vieraileville läheisille, arvioidaan tarvittaessa nielemistä ennen ruokailua ja selvitetään kuka potilaan lähin yhteyshenkilö on ja että hän on tietoinen siitä, että potilas on saapunut osastolle. Nielemisen arvioinnissa hoitaja voi hyödyntää erillistä nielemisen arviointilomaketta ja konsultoida tarvittaessa osaston terapiahenkilöstöä. Osaston hoitajien kansliassa on oma AVH - kaappi, josta löytyy ensimmäisen vuorokauden muistilistoja, laminoidut asentohoito- ja ruokailuasentokuvat halvausoireiston mukaisesti lajiteltuna, nielemisen arviointilomakkeita ja arviointiin tarvittavaa välineistöä sekä potilaalle ja läheiselle annettavaa kirjallista materiaalia. AVH - kaapista löytyy myös lyhyet perustelut ja ohjeistukset asentohoitokuvien valinnalle.

Osaston moniammatillisen henkilökunnan tutustuttua AVH - potilaaseen paremmin noin parin viikon sisällä osastolle tulosta voidaan osaston tiistain yhteistyöpalaverissa sopia järjestettävästi moniammatillinen tapaaminen, starttivartti, potilaan ja läheisen kanssa. Tapaamiselle on sovittu yhdessä osaston henkilökunnan kanssa kiinteä aika tiistaille klo 13.30 - 14.00 osaston yhteistyöpalaverin jälkeen. Tällöin myös osaston lääkärin sekä yhteyshoitajan on mahdollista tarvittaessa olla läsnä tapaamisen alussa. Potilaan omahoitaja kirjaa hoitajien kansliassa olevaan listaan starttivartin ajankohdan ja ilmoittaa asiasta potilaalle ja läheiselle. Starttivartin tavoitteen on hahmottaa potilaan tämän hetkistä tilannetta ja laatia realistisia, konkreettisia ja mitattavissa olevia sekä aikaan

sidottuja lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita, jotka kirjataan ylös ja joista on mahdollista tehdä potilashuoneen seinälle potilaan ja läheisen luvalla myös huoneentaulu. Tätä varten osastolle on laminoitu värillisiä A4 - kokoisia paperiarkkeja, joihin on mahdollista kirjoittaa tussilla samalla tavoin kuin asentohoitokuviin ja muuttaa tavoitteita kuntoutuksen edetessä. Starttivartin aikana on mahdollista suunnitella aika varhaiselle kotikäynnille osastolta ja pohtia kotilomien mahdollisuutta. Starttivartissa pyritään myös tarjoamaan tietoa potilaalle ja läheiselle sekä suullisesti että kirjallisena materiaalina. Kun starttivartissa laaditut tavoitteet ovat aikaan sidottuja, voidaan starttivartin lopuksi suunnitella jo alustavasti seuraavaa moniammatillista tapaamista potilaan ja läheisen kanssa.

Tutustuttaessa uuteen AVH - potilaaseen osaston henkilökunnan on jatkossa mahdollista hyödyntää myös tätä kehittämistehtävää AVH - potilaan alkutilanteeseen liittyvien asioiden kertaamisessa, potilaan ohjaamisessa, uuden henkilöstön perehdyttämisessä ja läheisten kohtaamisessa. Tähän asti osastolla ei ole juurikaan ollut AVH - potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää ohjeistusta tai kirjallisuutta. Toivomuksena on, että osaston henkilökunnan olisi helppo konsultoida toisiaan ja tehdä yhteistyötä potilaslähtöisesti.

## 8 POHDINTA

Paljon on jo tapahtunut siitä, kun aloimme työstää tätä kehittämistehtävää. Osasto, jolla työskentelemme, on nyt jakautunut kahteen eri tiimiin, joista toinen on keskittynyt pelkästään AVH - potilaisiin. Joku voisi kysyä, miksi fysioterapeutteina valitsimme kehittämistyöllemme näin laajaan aiheen. Koemme kuitenkin, että kehittämistehtävämme lähti työelämässä koetusta tarpeesta. Jos asiat, joita olemme kehittämistehtävämme teoriaosuudessa ja uudessa toimintamallissa käsitelleet eivät toteudu, erillisellä kerran päivässä annetulla terapialla ei saada tuloksia aikaiseksi. Neurologiset erikoistumisopinnot mahdollistivat meille jonkin asteisen irrottautumisen kehittämään osaston toimintaa tai oikeastaan pakottivat käyttämään kehittämiseen myös vapaa - aikaa. Muutoin vastaavaa kehittämistä olisi todennäköisesti siirretty tuonemmaksi tai ainakin tehty vähemmän organisoidusti, hitaammin ja pienimuotoisempaan. Toivomme, että kehittämistehtävämme välittyy myös halumme tehdä mahdollisimman paljon yhteistyötä osaston muun henkilökunnan kanssa ja se, että pyrimme kuulemaan kehittämistehtävän edetessä muiden ammattiryhmien mielipiteitä. Jos osaston uusi toimintamalli koetaan toimivaksi, on sitä jatkossa mahdollista hyödyntää myös muilla osastoilla ja laajemmin Jyväskylän yhteistoiminta - alueella tekijöiden luvalla.

Alun perin kehittämistehtävämme suunnitelmaan kuului myös kirjaamisen minimikriteereiden miettiminen, mutta tehtävän laajuuden vuoksi rajasimme tämän pois, samoin kuin potilaalle ja läheisille suunnatun tietopaketin. Potilaalle ja läheiselle suunnatun tietopaketin olemme kuitenkin työstäneet jo lähes valmiiksi yhteistyössä osaston muun henkilökunnan kanssa kehittämistehtävän ohessa, kun taas kirjaaminen voisi olla yksinään hyvä kehittämisaihe jatkossa esimerkiksi opinnäytetyölle. Kirjaamisen kehittämiselle olisi tarvetta myös siksi, että osastolla on tällä hetkellä pyrkimys entistä enemmän hiljaiseen raportointiin. Uudet asentohoitokuvat halusimme tehdä, koska osaston aikaisemmat asentohoitokuvat olivat vain terapeuttien käytettävissä. Niissä ei myöskään ollut kovilla tyynyillä tuettuja vaihtoehtoja levottomille, hahmotushäiriöisille potilaille, eikä tukia, joista olisi voinut päätellä, kumman puolen halvausoireisto kuvissa on eikä niissä ollut oikeaa potilasta. Halusimme turvata uuden toimintamallin myötä sen, ettei potilaan alkutilanteen asento-hoidon toteutuminen viivästy vain siksi, ettei potilaasta ole ollut oleellista tehdä vielä fysioterapialähetettä. Jatkossa tulemme työstämään kuvat

oikeiden potilaiden kanssa myös hyvästä tuetusta istuma - asennosta sängyn reunalla ja pyörätuolissa sekä mahdollisesti kuvia siirtymisten avustamisesta.

Teettämämme kyselyn perusteella osaston hoitohenkilökunta koki osaavansa ja huomioivansa AVH - potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä asioita pääasiassa hyvin. Se, että hoitohenkilökunta koki haastavimmaksi juuri oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioista johtuvien käyttäytymisessä ilmenevien oireiden tunnistamisen, tukee hyvin tämän kehittämistehtävän teoriaosuuden eli osaston henkilökunnan käyttöön tulevan tietopaketin tarvetta ja painotusta. Siihen, että hoitohenkilökunta kokee olevansa epävarma osaamisestaan aktivoida potilasta käyttämään halvaantuneen puolen lihastointia siirtymisten yhteydessä sekä ohjata halvaantuneen käden käyttöä päivittäisissä toiminnoissa, on mahdollisena ratkaisuna osastolla alkava viikoittainen toimintatuokio, jossa voidaan esimerkiksi näitä asioita käydä yhdessä läpi moniammatillisesti ja käytännön läheisesti case - pohjalta. Idea toimintatuokioista on tullut osittain osaston kehittämistoiminnan, osittain tämän kehittämistehtävän kautta. AVH - tiimin myötä hoitajia on resursoitu nyt enemmän potilasta kohden, joten tämä voi puolestaan auttaa hoitajia antamaan potilaalle enemmän aikaa päivittäisten toimintojen suunnitteluun ja toteutukseen. Avointen kysymysten perusteella hoitohenkilökunta kaipasi myös yhteistä toimintamallia AVH - potilaan tulotilanteeseen, perustietopakettia ja potilaskohtaisia ohjeita, joten tarve tämän kaltaiselle kehittämistehtävälle on ollut. Hoitohenkilökunta toivoi lisäksi lisäkoulutusta AVH - potilaan kuntouttamisesta.

AVH - potilaan moniammatillisen kuntoutuksen kehittämistä koskien osastolla ovat jatkossa kehitteillä potilaille ja läheisille suunnatut infoillat, joissa on keskityttäisiin myös aivotapahtumien ennaltaehkäisyyn. Myös osaston yhteistyöpalaveria pyritään jatkossa kehittämään potilaskohtaisemmaksi ja toteavasta enemmän tavoitteelliseksi. Mielinkiintoista olisi myös tehdä kysely paitsi osaston henkilökunnalle myös potilaille ja läheisille siitä, miten osaston uusi toimintamalli ajan kuluessa koetaan. Fysioterapian osalta toivomme voivamme lähteä kehittämään seuraavaksi yhdenmukaisempaa toimintaa esimerkiksi AVH - potilaan toimintakyvyn arvioinnin osalta sairaanhoitopiiriin ja avopuolen kanssa. Toivomme tämän kehittämistehtävän tarjoavan jatkokehittämisideoita myös muille ammattiryhmille. Tämän kehittämistehtävän teoriaosuus on pyritty tarkoituksella työstämään napakaksi, koska tehtävän tavoitteena oli uuden toimintamallin työstäminen käytäntöön, joten myös teoriaosuus tarjoaa aiheita, joihin syventymistä voi halutessaan jatkaa erillisenä työnä, esimerkkeinä vaikkapa AVH - potilaan nieleminen

ja ravitseminen, osaston virikkeellisen toiminnan, päiväohjelman ja fyysisen ympäristön kehittäminen ja ennaltaehkäisy. Musiikin kuntouttavaa vaikutusta osastolla pyritään hyödyntämään jatkossa tehostamalla potilashuoneiden radioiden käyttöä, pyytämällä läheisiä tuomaan potilaille soittimia ja musiikkia ja avustamalla AVH - potilaita useammin osaston kerran viikossa toimivaan Sing for life - musiikkihetkeen.

Tämän kehittämistehtävän päätavoitteena oli kehittää AVH - potilaan alkuvaiheen moniammatillista kuntoutusta terveyskeskussairaalan osastolla. Tässä tavoitteessa koemme onnistuneemme hyvin. Uusi toimintamalli on jo osittain pystytty ottamaan käytäntöön osastolla ja osaston henkilökunta vaikuttaa olevan toimintamalliin tyytyväinen. Toivomme vielä saavamme hoitohenkilökunnalta palautetta kehittämistehtävän prosessista kokonaisuudessaan. Esittelemme vielä valmiin toimintamallin osastolle sekä omalle työyksiköllemme. Alustimme uutta toimintamallia jo osaston kehittämisiltapäivässä 11.3.2011. Osastolla uuden toimintamallin käyttöön ottoa on ollut avustamassa myös osaston kehittämistoimintaa vetävä gerontologinen sairaanhoitaja. Oma lähiesimiehemme on myös esittänyt, että kehittämistehtävämme huomioitaisiin laajemminkin Jyväskylän yhteistoiminta - alueella. Olemme kiitollisia osaston henkilökunnalta ja omalta tiimiltämme saamastamme tuesta neurologisten erikoistumisopintojen suorittamiseen ja kehittämistyön tekemiseen. Koemme oppineemme paljon uutta kehittämistehtävää tehdessä ja saaneemme tästä paljon myös omaan työhömmme. Jatkossa meillä on käytössämme uusia lähteitä ja osaamme myös hakea paremmin uusinta AVH - tietoutta. Koemme olevamme onnekkaita, että meillä oli mahdollista tehdä työtä parityönä ja koemme täydentäneemme toisiamme työskennellessämme kehittämistehtävän parissa.

## LÄHTEET

Aivoinfarktin käypä hoito. Päivitetty 11.1.2011. Luettu 25.1.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/.../hoi50051>

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio. Hyks neurologian klinikka. 6/2009.

Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus opas potilaille ja heidän omaisilleen. Suomen Sydäntautiliitto ry. 1998. 2. korjattu painos. Tikkurilan Oy.

Davies, P. M. 1994. Starting Again. Springer-Verlag.

Davies, P. M. 2004. Steps to follow. Germany: Springer.

DeWit, L., Putman, K. & Dejaeger, E. 2005. Use of time by stroke patients: a comparison of four European rehabilitation centers. Stroke 36, 1977 – 1983.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammi.

Grieve, J., Grananasekaran, L. 2009. Neuropsychology for Occupational Therapist. Blackwell Publishing.

Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro Gradu.

Hanger, H. C., Wilkinson, T. J. 2001. Stroke education : Can we rise to the challenge? Age and Ageing 30, 113-114.

Helposti nieltävä.2005. Suomen MS-liiton julkaisusarja nro 8.

Hietala, J. & Malinen, T. Osastonhoitaja ja gerontologinen sairaanhoitaja. 2010. Haastattelu 22.11.2010. Haastattelijat Koivisto, S. & Turunen, L.

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilkki, J. 2010. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Jehkonen, M., Hänninen, R., Norvasuo-Heilä, M-K. & Ylikoski, R. 2009. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet. Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R.O & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Jäkälä, P. 2009. AVH - yksikköhoito Suomessa. AVH Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4/2009, 5.

Kuikka, P., Pulliainen, V., Hänninen, R., Kliininen neuropsykologia. 2002. Porvoo: WSOY.

Kuusinen, N. Johtava puheterapeutti. 2011. Haastattelu 4.4.2011. Haastattelijat Koivisto, S. & Turunen, L.

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laatu aivohalvauspotilaan fysioterapiassa. Sairaaliitto. 1992. Helsinki.

Mustonen, O. Puheterapeutti. 2010. Nielemisen arviointi. Luennot 30.9.2010, 12.10.2010. Kyllön terveystieteiden keskus sairaala osasto 6. Jyväskylä.

Mäntynen, R. 2007. Hoitotyöllä iso merkitys kuntoutumisen edistämisessä. AVH Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4/2007, 5-6.

Mäntynen, R., Sivenius, J. & Vehviläinen, K. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – Terveystieteiden ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitotiede 21 (1), 23-93.

Ovaska-Pitkänen, M. 1999. Elämän uusi painos. Tampere: Tammer-Paino.

Pekkola, M. 2009. Aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittäminen – potilasoppaan laatiminen. Hoitotyön koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Pietilä, M., Ojala, E., Saye, J., & Saarela, M. 2006. Yhtenäisen hoitokäytännön luominen aivohalvauspotilaiden nielemisen arviointiin ja ruokailun ohjaukseen moniammatillisena yhteistyönä. Raportti TKK - hankkeesta 2005. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H & Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Duodecim 118 (6), 593 – 599.

Pryz, H. & Korhonen, M. 2009. Tietoa sinulle, jonka omainen on sairastanut aivoverenkiertohäiriön. Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry.

Rautakoski, P. & Tuomiranta, L. 2009. Afasia. Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammi.

Salo, A., Ylikoski, R. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja elämänlaatu. AVH aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4/2006, 8-9.

Salokangas, R. 1997. Kliininen depressio. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Schneider, S., Schönle, P., Altenmüller, E. & Munte, T. 2002. Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *J Neurol* 254, 1339 – 1346.

Shauer, M. & Mauritz, K. 2003. Musical motor feedback (MMF) in walking hemiparetic stroke patients: randomized trials of gait improvement. *Clin Rehab* 17, 713 – 722.

Soinila, S. & Särkämö, T. 2009. Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. *Duodecim* 125 (23), 2585 – 2590.

Kuva nielusta. Suun ja nielun anatomia. 2007. Luettu 6.5.2011.

<http://www.kll.helsinki.fi/tietoa/korvakl/Korvaopetus/Oppimat/Pro/suu.html>

Uusalo, A. & Koppeli, S. Fysioterapeutit. 2010. Alueellinen AVH-koulutuspäivä. Nielumenisen arviointi ja ruokailun ohjaus. Luento 29.01.2010. Keski-Suomen keskussairaala. Jyväskylä.



## LIITE 1: 1 (2)

## KYSELYLOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE

Olemme osastolla 6 toimivat fysioterapeutit Susanna Koivisto ja Laura Turunen. Suoritamme parhaillaan neurologisen fysioterapian erikoistumisopintoja Tampereen Ammattikorkeakoulussa. Opintoihimme sisältyy työelämälähtöinen kehittämistehtävä, jonka aiheeksi olemme valinneet ”AVH - potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ensiaskeleet Kyllön terveystieteiden keskuksen osastolla 6”. Kehittämistehtävän tavoitteena on kehittää moniammatillista kuntoutusta ja tarkoituksena suunnitella yhtenäinen toimintamalli, joka turvaisi jokaiselle AVH - potilaalle laadukasta ja tasalaatuaista moniammatillista kuntoutusta heti osastolle tulon jälkeen yhteisen toimintamallin kautta. Tarkoituksena on myös luoda potilaalle ja läheisille tietopaketti, jota he voivat käydä läpi yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. Lisäksi tavoitteena on oppia huomioimaan potilaan kognitiota ja mielialaa jo varhaisessa vaiheessa.

Ole hyvä ja **vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä** sinulle sopivin vastausvaihtoehto.

- Arvioi omaa osaamistasi ja omia työkäytäntöjäsi seuraavien AVH - potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien väittämien kohdalla.**

**Vastausvaihtoehdot:**

*0=en tunne asiaa, 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä.*

**Väittämä**

	En tunne asiaa	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Osaan tunnistaa oikean aivopuoliskon vauriosta johtuvat oireet käyttäytymisessä.	0	1	2	3	4
Osaan tunnistaa vasemman aivopuoliskon vauriosta johtuvat oireet käyttäytymisessä.	0	1	2	3	4
Ymmärrän asentohoitojen merkityksen ja sovellan niitä käytännössä.	0	1	2	3	4
Ymmärrän miten voin hyödyntää ympäristöä (esim. seinä, kovat tyynyt, terapiapöytä) kehon hallinnassa sekä hahmottamisessa ja osaan muuttaa ympäristöä potilaan tarpeiden mukaan.	0	1	2	3	4
Ymmärrän lepolastojen sekä ylä- ja alaraajatukien merkityksen ja osaan hyödyntää niitä käytännössä.	0	1	2	3	4
Selvitän tarvittavat taustatiedot potilaan sosiaalisesta verkostosta, kotiympäristöstä sekä mielenkiinnon kohteista ja hyödynnän tietoja potilaan motivoinnissa ja tavoitteiden asettelussa.	0	1	2	3	4
Osaan tunnistaa masentuneen potilaan ja arvioida mahdollista lääkityksen tarvetta.	0	1	2	3	4
Annan puheen tuottamis- ja ymmärtämishäiriöiselle potilaalle aikaa ilmaista itseään ja tehdä omia päätöksiä häneen liittyvissä asioissa.	0	1	2	3	4



## LIITE 2

**ENSIMMÄISEN VUOROKAUDEN MUISTILISTA**

1. Nimeä omahoitaja, kirjaa myös WHOIKE:lle jatkohoidon komponenttiin. ☐
2. Pohdi potilaalle sopivin huone, huonepaikka ja yöpöydän paikka. ☐
3. Vie halvausoireistoon sopivat asentohoitokuvat ja hyvä ruokailuasento- kuva potilashuoneen seinälle sekä asentoihin tarvittavat tyynyt potilashuoneeseen. ☐
4. Tee tulohaastattelu ja kirjaa alkutilanne. ☐
5. Kirjaa tulosityy ja avaa tarvittavat WHOIKE:lle tarvittavat komponentit:
  - aktiviteetti, jatkohoito, ravitseminen/nestetasapaino, päivittäiset toiminnot, verenkierto, lääkehoito, erittäminen☐
6. Jos potilaalla on erityistä ruokavaliassa tai nenämahaletku, vie ruokailuun liittyvä ohjeistus potilashuoneen seinälle, jotta tieto siirtyy myös potilaan luona vieraileville läheisille. Huolehdi, että ruokalinjastolla oleva potilaslista on ajan tasalla. ☐
7. Ruokailua ei saa kokeilla ennen nielemisen arviointia! Huomioi hyvä ruokailuasento ja potilaan vireystila! (konsultoi / pyydä tarvittaessa terapeuttia mukaan) ☐
8. Selvitä, kuka on potilaan lähin yhteyshenkilö ja tiedota, että potilas on osastolla. Tiedota läheistä starttivartista sen tarkoituksesta (ajankohdasta otetaan yhteyttä osastolta). ☐

Potilaalle ja läheisille annettavaa materiaalia löytyy kanslian AVH - kaapista.

## LIITE 3: 1 (6)

## ASENTOHOITOKUVAT



KUVA 1. Tuettu istuma-asento sängyssä (Kuva: Koivisto &amp; Turunen 2010)





KUVA 2. Tuettu istuma-asento sängyssä (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)

2 (6)



KUVA 3. Toispuolihalvaantuneen selinmakuu (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)



KUVA 4. Toispuolihalvaantuneen selinmakuu (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)

3 (6)



KUVA 5. Kylkimakuu halvaantuneella puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)



KUVA 6. Kylkimakuu halvaantuneella puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)



4 (6)



KUVA 7. Kylkimakuu toimivalla puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)



KUVA 8. Kylkimakuu toimivalla puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)

5 (6)



KUVA 9. Kylkimakuu halvaantuneella puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)





KUVA 10. Kylkimakuu halvaantuneella puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)

6 (6)



KUVA 11. Kylkimakuu toimivalla puolella (Kuva: Koivisto & Turunen 2010)



## KUVA 12. Kylkimakuu toimivalla puolella (Kuva: Koivisto &amp; Turunen 2010)

## LIITE 4



JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveystoimet

Kuvankäyttölupa  
15.10.2010

## KUVANKÄYTTÖLUPA

Annan luvan käyttää minusta 18 / 11 / 2010 otettuja kuvia fysio- ja toimintaterapian hoitojen ohjaus- ja neuvontamateriaaleissa.

Tätä lupaa on kirjoitettu kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi kummallekin osapuolelle.

## Kuvatun tiedot

Nimi: [Redacted]

Osoite: [Redacted]

Puhelin: [Redacted]

Kuvauspaikka: Kyllön TK-sairaala

Kuvaajan nimi: Laura Turunen ja Susanna Koivisto  
014 - 26 62351 014 - 26 62358

Jyväskylässä 18 / 11 / 2010

[Redacted Signature]

Kuvatun allekirjoitus

Kuvien ja luvan säilytyspaikka: Fysio- ja toimintaterapiayksikkö ja Kyllön TK-sairaalan osastot ja TAMK:n kehittämistehtävän liite.

Keskussairaalantie 20  
PL 52, 40701 Jyväskylä  
Puhelinvaihe (014) 266 0000  
Faksi (014) 266 3000  
etunimi.sukunimi@jkl.fi  
www.jyvaskyla.fi

## LIITE 5: 1 (3)

7.5.2011

Koonnut: Susanna Koivisto (fys), Laura Turunen (fys) ja Nina Kuusinen (puhet)  
 Käytetty alueellisen AVH – koulutuspäivän 29.1.2010 Keski-Suomen keskussairaalan luentoja tietolähteenä.

## POTILAAN NIELEMISEN ARVIOINTI JA RUOKAILU

Ennen nielemisen arviointia kiinnitä huomiota seuraaviin asioihin:

- 1) tuettu, symmetrinen istuma-asento
- 2) ylävartalo hieman eteen kallistuneena
- 3) yläraajat tuettuna vuodepöydälle, niska pitkänä
- 4) huomioi riittävä vireystila
- 5) rauhoita arviointi/ruokailutilanne mahdollisimman häiriöttömäksi



(Kuva 1: Koivisto & Turunen 2010)

## TARKKAILE /ARVIOI SEURAAVIA ASIOITA

1. Kykeneekö potilas vapaasti liikuttamaan päätään puolelta toiselle sekä ylös ja alas?
2. Onko kasvojen asento symmetrinen/asymmetrinen? Sivele kasvoja (kuntoutujan omalla kädellä -> tarkkaile reaktioita) ja poskia sisäpuolelta, kysy potilaalta tuntuuko kosketus?
3. Tarkista potilaan hampaat (omat / proteesit) ja suun kunto?
4. Näkyykö kielessä, poskissa tai huulissa puremajälkiä, jotka kertovat mahdollisista tuntohäiriöistä.
5. Pyydä liikuttamaan kieltä ulos, sivulta sivulle sekä ylähuulesta alahuuleen, suipistamaan suutaan sekä hymyilemään. Tarkkaile esiintyykö spontaania nielemistä.



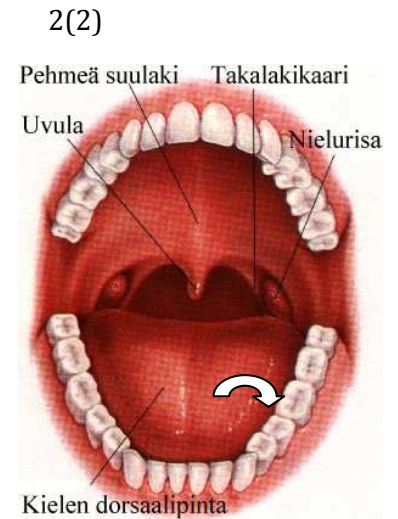
6. Pyydä potilasta sanomaan DA-DA-DA (kielen kärki nousee hampaiden taakse) ja GA-GA-GA (kielen kanta nousee). Nämä kielen liikkeet ovat välttämättömiä

nielemisen onnistumiseksi. Tarkkaile että äänteet ovat selkeät. Kuulostele myös äänen laatua ja voimakkuutta.

7. Pyydä potilasta aukaisemaan suu ja katso lampulla ovatko kitakaaret symmetriset/asymmetriset.

8. Kokeile kostutetulla pumpulipuikolla ja/tai sitruunatikulla kitakaaria (sivele keskeltä sivulle 3 kertaa, toista sama toiselle puolelle (kuvassa 2 takalakikaari). Painele tikulla kitakaaria, tulee esiin oksennusrefleksi. Sivele lisäksi kieltä molemmilta sivuilta.

9. Pyydä potilasta yskimään. Onko yskiminen tehokasta / tehotonta?



(Kuva 2: Pitkäranta & Lahin 2007)

## TESTAA ENNEN RUOKAILUN ALOITTAMISTA:

1. Pyydä potilasta nielaisemaan ilman ruokaa ja seuraa, onko nielaisun käynnistyminen työlästä tai kestää yli 3 sekuntia.
2. Pyydä potilasta sanomaan AAAA ja kuuntele ääntä. Äänen tulisi olla kirkas ja selkeä.
3. Kokeile nielaisemista ensimmäisellä kerralla teelusikallisella vettä, mehukeittoa, tai saostusaineella sakeutettua mehua tai vettä. Seuraa tapahtuuko nielaisua, tuleeeko viivettä ja tuleeeko yskimistä.
4. Pyydä potilasta sanomaan AAAA ja vertaa onko ääni samanlainen kuin alussa.

**Mikäli potilasta yskittää tai ääni on muuntunut kurlaavaksi, on ruokaa jäänyt kurkunpään. Pyydä potilasta tällöin yskimään ja nielaisemaan uudelleen. Mikäli tilanne ei muutu, keskeytä ruokailu. Ellei ongelmia ole, voit jatkaa.**

3(2)

**HUOLEHDI RUOKAILUN JÄLKEEN:**

- Tarkasta ruokailun päätteeksi onko suuhun jäänyt ruokaa.
- Huolellinen suun puhdistus, hampaiden/proteesien harjaus.
  - Hanki tarvittavat yksilölliset suuhoidon hygieniavälineet (hammas-/proteesiharja, kielen puhdistaja, sopivakoosteinen hammastahna tai proteesien puhdistusaine, kielen kostuttaja, proteesin kiinnitysaaine yms.)
- PEP-pulloon puhaltaminen (suositus 2 x 10 puhallusta). Puhallusten jälkeen potilaan yskimistä voidaan tukea palleasta.
- Ruokailun jälkeen suositellaan istuma-asentoa 15–30 min.

**PEG-LETKUPOTILAAT**

- PEG-potilaan ruokatorven sulkijoiden toiminta voi olla vaurioitunut (takaisinvirtaus) ja ravintoa kulkeutuu herkästi takaisin ylös nieluun ja sitä kautta hengitysteihin
- **HUOMIOI** erityisesti ruokailun aikana mahdollisimman hyvä ja pysty ruokailuasento (vuoderuokailu/pyörätuoli yms.). Pystyasento ruokailun päätteeksi vähintään 20 - 30 min.
- **HUOMIO** KSSH:sta saadut ohjeet ja ota tarvittaessa yhteyttä ravitsemusterapeuttiin.

**KIRJAA TIEDOT WHOIKE:LLE RAVITSEMUSKOMPONENTTIIN SEKÄ INFORMOI LAITOSHUOLTAJIA POTILAAN NESTEIDEN JA RUOKAOSTUMUKSESTA!**